

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE
CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL
KRAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, MORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME
L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN
MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,
PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT,
J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

N° 11. — Novembre 1895

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCV

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

- E. LANG. — *Vorlesungen über pathologie und therapie der syphilis*. 2^e édition. 1^{re} partie, in-8°, Wiesbaden, Bergman, 1895.
- PHILIPPSON et TÖRÖK. — *Allgemeine diagnostik der Hautkrankheiten begründet auf pathologische anatomie*. In-8°, Wiesbaden, Bergman, 1895.
- L. A. DUHRING. — *Cutaneous medicine. A systematic treatise on the diseases of the skin*. Part. I, illustrated, in-8°, cart., Philadelphie, Lippincott et C^o, 1895.
- ROBERT W. TAYLOR. — *The pathology and treatment of venereal diseases*. 230 illustrations en noir et en couleurs, in-8°, 1000 pp., Philadelphie, Lea Brothers et C^o, 1895.
- LERSCH. — *Geschichte der Volksseugen*. In-8°, 455 p., Berlin, Karger, 1896.
- *Bibliotheca medica*. Section II, Dermatologie, fasc. 4, Cassel, 1895.
- GILETTI. — *Tricofitiasi primitiva della mucosa boccale*. Broch. gr. in-8° avec pl. en couleurs, Turin, Fodratti, 1895.
- MAGNUS MÖLLER. — *Zur Keuntziss der Labyrinthsyphilis*. Ext. : *Arch. für derm.*, 1895.
- GORDILLO. — *Contribucion al studio de la sifilis hereditaria tardia*. Thèse inaugurale, Buenos-Aires, Berra, 1895.
- BENARD. — *Sclérose linguale superficielle et leucokératose : leur traitement par les pulvérisations d'eau minérale*. Ext. : *Annales Soc. d'hydrologie*, 1895.
- MONCORVO. — *Sur la pathogénie de l'éléphantiasis congénital*. Broch. in-8°, 20 p., Paris, Berthier, 1895.
- *De l'influence étiologique de l'héredo-syphilis sur la sclérose en plaques chez les enfants*. Ext. : *Rev. mens. mal. de l'enfance*, septembre 1895.
- COLOMBINI. — *Alcune ricerche sperimentali sull' azione topica del salolo*. Ext. : *Riforma medica*, septembre 1895.
- *Della frequenza della prostatite della vescicolite, della deferentite pelvica nella epididimite*. Ext. : *Policlinico*, vol. II, M. fasc. 9, 1895.

Maladies
DES
VOIES URINAIRES

CAPSULES

DE
CYSTITES
DÉCOMP. AMMON.

SANTAL BRETONNEAU

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les D^{rs} PANAS, DOLBEAU, Société de Chirurgie, 20 Septembre 1886.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

SAVONS MÉDICINAUX de A. MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON Pheniqué... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Boraté... à 10% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Thymol... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Boriqué... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Salol... à 5% de A. MOLLARD 12⁵
SAVON au Sublimé à 1% ou 10% de A. MOLLARD 18⁵ ou 24⁵
SAVON Iode (KI - 10 %) de A. MOLLARD 24⁵
SAVON Sulfureux hygiénique de A. MOLLARD 12⁵ ou 24⁵
SAVON à Goudron de Berwigo de A. MOLLARD 12⁵
SAVON Glycérine... de A. MOLLARD 12⁵
Ils se vendent en boîte de 1/4 et de 1/2 douzaine avec
36 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Solution limpide de Biiodure d'Hydrargyre dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milligrammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine) toutes pharmacies.

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FÉBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloidiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'Extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'Extrait.
DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café dans les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — Prix du Flacon représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. DOSE : Un verre à liqueur à chaque repas.
Pharmacies de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Photo CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

5.
n
5.
e
it
1
3.
3.
a.
r
a.
n
l
-
5.

es
ON
attent
econ-
sules
AU.
1866,

ERMONT
l, Sol
rargy

ux m

(Seine)

IER

tes les aut
me d'este
Dans les d
à ceti con
e 3 franc
chaque rep
Paris
IS

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR TROIS NOUVEAUX CAS D'ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL

Par le Dr **Moncorvo**, de Rio-de-Janeiro, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Après une longue série d'études entreprises depuis près de dix ans, concernant l'éléphantiasis des Arabes dans le jeune âge, qui ont été le sujet de plusieurs mémoires publiés en France, j'ai été conduit à poser les conclusions qui suivent (1) :

1° Que la condition pathogénique de l'éléphantiasis peut bien survenir avant la naissance ;

2° Que le processus morbide peut parfois atteindre dans telles circonstances un développement assez avancé allant jusqu'à la formation fibreuse ;

3° Que dans le tiers des cas d'éléphantiasis congénital jusqu'ici recueillis, la production morbide reste circonscrite à une partie du corps, notamment au membre inférieur, tout en y revêtant les caractères ordinaires des cas acquis ;

4° Que dans les deux autres tiers des cas le mal a affecté la forme molle et kystique isolée ou associée aux formations sclérotiques, voire même à de véritables fibromes sous-cutanés (Virchow, Moncorvo) ;

5° Que dans quelques cas du deuxième groupe on a pu constater la coïncidence de nappes plus ou moins vastes de nævi vasculaires pileux ou non, siégeant aux régions atteintes par la formation éléphantiasique.

La première de ces conclusions a été basée sur un certain nombre de faits étudiés d'abord par Virchow, qui en a fait le premier une classification, auxquels vinrent s'ajouter d'autres plus ou moins

(1) Cas d'éléphantiasis congénital, in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 1894, 3^e série, t. V, p. 186 et suiv.

explicites, observés tant au nouveau qu'au vieux continent (1). Ces faits forment pourtant encore à l'heure qu'il est un stock assez satisfaisant pour éclairer plusieurs problèmes relatifs à l'histoire de cette maladie, qui sont le sujet de recherches intéressantes. Je crois donc devoir relater ici trois nouveaux cas de cette nature qu'il m'a été donné de retrouver de 1893 à 1894, tant dans mon service que dans ma clientèle de ville.

Obs. I. — *Rachitisme. Éléphantiasis congénital siégeant aux deux extrémités inférieures.*

Italienne, de race blanche, âgée de 14 mois, née à Rio, m'est amenée dans mon cabinet, le 11 avril 1893. Elle est enfant unique. Son père, Brésilien, m'informe qu'il s'est toujours bien porté, n'ayant jamais eu du reste de crises de lymphangites ni d'érysipèle. Aussi m'assure-t-il qu'aucun membre de sa famille n'a présenté des manifestations éléphantiaques. Sa mère, Portugaise, âgée de 15 ans et demie, semble douée d'une assez

(1) Dans l'indication bibliographique qui suit sont compris tous les travaux dont j'ai connaissance se rapportant à l'éléphantiasis congénital.

VIRCHOW. *Die krankhaften Geschwülste*. Berlin, 1863.

A. JACOBI. Note on case shown at New-York Obstetrical Society on 4 th. April 1871. *American Journal of Obstetrics*, t. IV, p. 717.

STEINWIKER. *Ueber Elephanliasis Congenita cystica*. Th. inaug. Halle, 1872.

BUSEY. Congenital Occlusion and Dilatation of Lymph Channels. *American Journal of Obstetrics*, t. X, 1877, et XI, 1878.

NEELSEN. Ein Fall von Elephantiasis Congenita mollis. *Berl. klin. Wochens.*, t. XIX, 1882 p. 36.

EVERKE. *Ueber Elephantiasis Congenita Cystica*. Th. inaug. Marburg, 1883.

MONCORVO. *De l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants*. Leçon professée à la Polyclinique de Rio de Janeiro. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Paris, 1888.

KUERG. Éléphantiasis symétrique congénital chez une fillette de six ans. *Correspond. Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 2, 1889, p. 667.

WAITZ. Un cas d'éléphantiasis congénital. *Centr. für Chir.*, n° 29, 1889.

LINDFORS. Fall von Elephantiasis congenita Cystica. *Zeitschrift für Geburt und Gynæk.*, t. XVIII, 1890, p. 158.

MOURE. Éléphantiasis congénital. *Mun. med. Woch.*, n° 29, 1890.

HOME. Éléphantiasis congénital des membres inférieurs chez plusieurs sujets appartenant à une même famille. Soc. méd. de Hambourg, 1890.

WILSON. A case of congenital Cystic Elephantiasis. *American Journal of Obstetrics*, t. XXIV, 1891, p. 1172.

JOURDAN. Anatomie pathologique de l'éléphantiasis congénital. *Ziegler's Beiträge z. path. Anatomie*, VIII, 1, 1891, p. 71.

SPIETSCHKA. Sur un cas d'éléphantiasis congénital. *Arch. für Dermatol. und Syph.*, t. XXIII, 15, 1891.

COLEY. Éléphantiasis congénital de la face et du cuir chevelu. *New-York Med. Journ.*, 1891, p. 706.

MONCORVO. Sur l'éléphantiasis congénital. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 3^e sér., t. IV, 1893, p. 233 et suiv.

MONCORVO. Sur un nouveau cas d'éléphantiasis congénital. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Paris, 3^e sér., t. V, 1894, p. 186 et suiv.

bonne constitution, tout en affirmant, elle non plus, n'avoir éprouvé ni lymphangites ni érysipèles. C'est à peine, ajoute-t-elle, si elle s'est aperçue de l'apparition d'un certain degré d'œdème malléolaire vers les derniers temps de sa grossesse. Elle ne se rappelle pas non plus avoir quelqu'un de sa famille affecté de déformation éléphantiaque.

Aucun accident digne de mention n'est arrivé, d'autre part, au cours de sa grossesse. Son accouchement s'opéra aussi normalement, son enfant étant venu au monde à terme et en état à peu près régulier de santé. Mais quelques instants après la naissance de celle-ci les personnes de son entourage furent frappées de la grosseur anormale de ses deux extrémités inférieures, qui leur paraissaient extrêmement gonflées, bien qu'elles ne fussent pas douloureuses à la pression ni ne présentassent des signes inflammatoires appréciables. Ses parents ont en vain attendu que cette hypertrophie des pieds de la fillette subît avec le temps quelque diminution. Par contre en l'ayant montré, il y a un mois, à un médecin, celui-ci pratiqua sur le dos du pied droit une petite incision d'où il résulta une lymphangite circonscrite à cette région, qui devint par suite plus gonflée qu'elle ne l'était déjà.

Interrogés sur la marche suivie par la maladie jusqu'au moment de cette nocive intervention chirurgicale, ils me firent savoir qu'à des époques très variables la peau y devenait légèrement rouge et quelque peu chaude, cela étant du reste d'une courte durée et ne s'accompagnant pas de réaction fébrile. Cette fillette, qui fut nourrie au sein par sa mère jusqu'au sixième mois, commença à faire ses dents vers le septième mois; mais elle est incapable encore de marcher. Elle présenta dès les premiers mois du coryza devenu chronique. Aucune fièvre exanthématique ni coqueluche.

Elle est d'une faible constitution, pâle; sa peau très fine n'y laissant découvrir des stigmates.

Son squelette offre d'autre part des déformations rachitiques: front et occiput bombés, dernières côtes déjetées, tibias courbés avec leur épiphyse inférieure quelque peu noueuse. Sa dentition très arriérée n'est représentée que par six incisives, deux inférieures et quatre supérieures. Mais ce qui frappe tout particulièrement mon attention, c'est la grosseur anormale de ses deux pieds, notamment le droit.

En les examinant de plus près, je reconnais aisément que cela tient à l'existence d'un tissu dur et élastique, indolent à la pression et à la palpation. Sa consistance est partout uniforme et sa surface parfaitement lisse. La peau qui les recouvre, d'un blanc mat, très tendue, est fort adhérente aux tissus sous-jacents. D'ailleurs n'offre-t-elle aucune modification appréciable vis-à-vis de sa coloration ou de sa température. Mais la sensibilité tactile y est éteinte.

Cette néoformation qui envahit la totalité des deux pieds s'arrête au-dessous des malléoles. Celui du côté droit est pourtant un peu plus volumineux que l'autre, ce qui tient à la surcharge d'œdème survenue à la suite de la lymphangite provoquée par l'incision sus-indiquée.

Leur circonférence, prise au niveau des articulations tarso-métatarsiennes, mesure :

Au pied droit..... 15 centim., 2 millim.
 — gauche..... 13 centim.

La face plantaire se montre de plus assez bombée pour ne pas permettre à l'enfant de se tenir en équilibre sur ses jambes.

Les ganglions de la région inguinale droite se montrent engorgés, ceux des autres régions périphériques ne l'étant que très légèrement.

On ne découvre dans aucune autre partie du corps ni de l'œdème ni de néoformation élastique.

L'enfant fut prise, une semaine avant sa présentation, d'une intoxication palustre : accès de fièvre quotidienne, état saburral, anorexie, constipation, abattement, insomnie, etc., qui réclamèrent des moyens appropriés.

Le 14 avril, je lui prescrivis alors un traitement adressé contre la néoformation éléphantiaque, consistant dans la compression élastique alternante des pieds combinée avec l'administration de l'iodure de potassium.

Un mois plus tard, je revois cette enfant, et je constate la disparition intégrale du tissu morbide au pied gauche ; il n'en restait d'autre part qu'un léger œdème à la face dorsale du pied droit, lequel ne tarda pourtant pas à se dissiper dans un court délai.

Il s'agit donc ici d'un exemple frappant d'une néoformation éléphantiaque dont l'origine remonte à la vie fœtale, observée chez une fillette de race blanche dont les parents, un Brésilien et une Portugaise, ne présentaient aucune manifestation analogue, n'avaient été pris non plus de crises de lymphangite ou d'érysipèle. Le mal y affecta la forme dite fibreuse et se limita aux deux pieds. Un fait mérite encore d'être ici relevé, je veux parler des poussées lymphangitiques quoique assez légères, survenues après la naissance, ce qui semble éclairer, je le pense, la nature du processus éléphantiaque ayant débuté au cours de la vie intra-utérine.

Obs. II. — *Hérédosyphilis. Éléphantiasis congénital siégeant au pied droit.*

Alvaro, de race blanche, âgé de 5 mois et demi, né à Rio, m'est amené dans mon cabinet le 6 septembre 1894. Sa mère, Portugaise, née à l'île du Fayal, se trouve au Brésil depuis seize ans et s'y étant mariée, il y a six ans, avec un jeune homme de 26 ans, Portugais également.

Elle m'assure avoir joui toujours d'une excellente santé, en ajoutant à peine qu'aux premiers temps de son arrivée à Rio elle aurait été parfois prise de légers accès de fièvre palustre. Trois ans après son mariage, elle avorta sans aucune suite fâcheuse, pas même de réaction fébrile. Ni elle ni son mari, qui est, du reste, d'une très bonne constitution, n'ont jamais été atteints de poussées lymphangitiques ou érysipélateuses. Aussi ne se rappellent-ils pas avoir constaté la moindre production éléphantiasique chez quelque membre de leur famille. Ils n'ont eu que ce petit garçon, lequel est venu au monde à l'époque normale, tout en présentant alors un développement assez régulier. Mais l'attention des personnes de son entourage fut sans retard éveillée par le volume considérable que présentait son pied droit comparativement à celui de son congénère dont les

dimensions n'offraient rien d'extraordinaire, et où l'on ne découvrait qu'un certain degré de boursofflure à sa face dorsale.

Très désolés de cette anomalie, ses parents craignaient toujours que le gonflement ne fût de progrès en exagérant davantage la difformité de l'extrémité la plus affectée. C'est ainsi qu'ils se sont adressés à plusieurs médecins, de même qu'ils ont tenté des applications diverses toujours sans le moindre succès, la vraie nature du mal étant restée méconnue du reste.

Pendant les mois qui s'écoulèrent avant mon premier examen, de nouvelles manifestations lui survinrent : réapparition d'un ancien coryza qui avait cessé, des éruptions cutanées furent accusées aux fesses et aux jambes, etc.

Il commence à faire ses dents, mais se trouve incapable encore de se tenir assis.

En examinant le pied déformé, je reconnais sans peine qu'il est enveloppé par un tissu résistant partout au toucher, mais élastique, limité en haut au niveau du cou-de-pied par un tout léger sillon circulaire, en bas et en avant, et par un autre sillon situé au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Sa face dorsale est la plus saillante et contribue pour la majeure partie à sa difformité.

A la face plantaire, le tissu morbide moins bombé, a aussi envahi la pulpe du gros orteil.

La peau qui revêt cette extrémité, plus pâle que celle des autres régions du corps, lisse partout, est très adhérente aux tissus sous-jacents, de façon qu'il est de tout point impossible de la pincer. D'autre part, elle n'offre aucun changement appréciable tant par rapport à sa coloration qu'à sa température. La pression, même fortement exercée, n'y éveille le moindre signe de souffrance; d'un autre côté, il paraît que la sensibilité tactile y est quelque peu émoussée.

Au pied gauche, il n'y a lieu de constater qu'un œdème mou et dépressible circonscrit à sa face dorsale; les autres parties de cette extrémité se trouvent absolument indemnes.

La mensuration comparative des deux pieds donna le résultat suivant :

	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE
Circonférence du cou-de-pied.....	12 cent.	12 cent.
Circonférence perpendiculaire à l'axe du pied, au niveau de la ligne tarso- métatarsienne.	16 —	13 —

J'ordonne de suite la compression élastique du pied droit ainsi que de l'iode de potassium.

Je ne revois cet enfant que le 26 novembre suivant, et je lui constate une notable amélioration; le tissu élastique de l'extrémité la plus atteinte avait été entièrement remplacé par de l'œdème mou.

La circonférence, prise au niveau des articulations métatarso métatarsiennes, mesurait 13 centim. au lieu de 16 centim. Aussi on pouvait plisser déjà entre les doigts la peau correspondante.

D'ailleurs, malgré la formation d'une petite pustule à la malléole interne

de cette jambe, aucune poussée lymphangitique n'en résulta. L'enfant portait alors des croûtes sur le cuir chevelu de même qu'une efflorescence impétigineuse aux régions rétro-auriculaires. J'insiste sur la compression élastique et je lui fais administrer du sirop de Gibert.

Cette observation nous montre donc un nouveau cas de néoformation éléphantiaque développée au cours de la vie intra-utérine et localisée, d'après la règle jusqu'ici observée, aux extrémités inférieures, affectant au côté droit la forme sclérotique, tandis qu'il n'y avait à l'autre qu'un œdème circonscrit à sa face dorsale. Aucune personne de la famille de cet enfant n'avait été atteinte d'une formation morbide analogue, sa mère n'ayant jamais été prise d'ailleurs d'aucune poussée lymphangitique. La condition pathogénique du processus morbide y devient quelque peu obscure, d'autant plus que l'examen microscopique du sang ou de la lymphe n'a pu être pratiqué dans ce cas. Ce petit garçon se trouvait d'autre part assez régulièrement développé, en présentant même un certain degré d'embonpoint, bien qu'il portât des manifestations non équivoques d'une infection syphilitique héréditaire. Enfin l'iodothérapie d'un côté et la compression élastique de l'autre en amenèrent, au bout de deux mois, la guérison presque complète.

Obs. III. — *Hérédo-syphilis. Éléphantiasis congénital localisé aux extrémités inférieures.*

Antoine, de race blanche, âgé d'un an, né à Rio, amené dans mon service à la polyclinique, le 13 novembre 1894. Son père, Portugais, eut, quelque temps avant son mariage, des accidents vénériens marqués. Sa mère, Portugaise également, habitant il y a quatre ans le Brésil, eut de son union deux enfants dont le premier est le petit malade, le deuxième ayant déjà succombé.

Elle est douée d'une bonne constitution et a joui presque sans exception d'une santé très satisfaisante. Cependant, me raconte-t-elle, vers le huitième mois de sa première grossesse, étant occupée à laver du linge, elle fit une chute de façon que sa paroi abdominale vint frapper contre le bord ferré d'une cuve près de laquelle elle se trouvait, d'où résulta une solution de continuité à la partie contusionnée, laquelle était, quelques heures après, le siège de douleurs accusées tout en devenant chaude et gonflée, en même temps qu'une réaction fébrile intense se déclarait, précédée de frissons. La chaleur redescendait pourtant deux jours après à la normale et, au bout d'un septénaire, les symptômes inflammatoires locaux avaient cessé. Sa grossesse s'écoula nonobstant sans le moindre accident appréciable, l'accouchement ayant eu enfin lieu, à l'époque normale, sans aucune complication.

L'enfant, venu au monde très chétif, avait la peau parsemée, dans presque toute son étendue, de taches jambonnées tout en portant de plus du pemphigus palmaire et plantaire. Mais l'attention de la sage-femme

qui assistait la mère fut tout particulièrement frappée par le défaut de proportion entre la maigreur assez accusée de son corps et le volume considérable de ses extrémités inférieures. Huit jours après son accouchement, la mère fut prise de frissons suivis de fièvre en même temps que son ventre devenait ballonné, très douloureux et que les lochies présentaient une odeur assez fétide. Ces accidents auraient pourtant cessé une dizaine de jours après à la suite d'un traitement approprié. Malgré l'allaitement maternel exclusif, la nutrition de ce petit garçon se montre encore trop ralentie. Il a aussi présenté dès le début, du coryza, des efflorescences cutanées répétées de même que des croûtes au cuir chevelu.

Au moment de mon premier examen, je lui constatai de l'engorgement des ganglions périphériques, de la teinte jambonnée du bout du nez, des plaques muqueuses au pourtour de l'anus aussi bien qu'aux lèvres dont les commissures laissaient voir des rhagades, enfin des papules, érosées, parsemées sur presque toute l'étendue de la surface cutanée. Sa dentition était assez arriérée en même temps qu'il se trouvait incapable de marcher. Ses deux extrémités inférieures attirèrent cependant plus particulièrement mon attention par leurs dimensions anormales, un examen plus attentif me permettant de reconnaître que cela était dû à l'existence d'un tissu dur mais élastique qui enveloppait les deux pieds, exception faite des orteils, de même que le tiers inférieur des jambes, dont la limite était peu nette, tandis que celle inférieure était représentée par un sillon siègeant transversalement au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Cette néoformation se montrait plus accusée à la face dorsale des pieds. La peau correspondante, lisse partout, et adhérente au tissu sous-jacent, n'offrait rien d'anormal vis-à-vis de sa coloration, de sa température, ni de sa sensibilité douloureuse, thermique ou électrique, la sensibilité tactile paraissant par contre notablement émoussée à la plante des deux pieds. Les muscles des jambes répondaient à peu près normalement aux excitations faradiques et galvaniques.

La mensuration comparative des deux extrémités donna le résultat suivant :

	COTÉ DROIT	COTÉ GAUCHE
Circonférence du tiers inférieur de la jambe.....	13 cent.	14 cent.
Circonférence du cou-de-pied.	13 —	14 —
Circonférence au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne.	13 —	13 cent. 1/2

L'enfant ayant été pris, quelques jours avant sa présentation, des symptômes d'une infection palustre, fut de suite soumis à un traitement approprié qui en eut promptement raison. Aussi les manifestations fort marquées de la syphilis congénitale m'engagèrent à établir peu après une médication spécifique qui sera bientôt combinée avec la compression élastique.

Ce cas se rapportant à un petit garçon issu de parents portugais,

dont la néoformation éléphantiaque congénitale affectait, sous la forme fibreuse, les deux jambes et les pieds, offre, certes, un intérêt tout particulier tant en ce qui regarde sa nature que son origine. On vient de voir, en effet, que, près de deux mois avant le terme de sa grossesse, la mère de cet enfant fit une chute contre le bord ferré d'une cuve, suivie d'une blessure abdominale qui donna lieu pour son compte à la production d'une poussée lymphangitique assez bien caractérisée tant par ses manifestations locales que par ses symptômes généraux.

Cette femme, qui fut atteinte après ses couches d'une infection puerpérale, ne présentait cependant, aussi bien que son mari, le moindre signe de formation éléphantiaque. Rien ne s'oppose de la sorte à admettre que les streptocoques producteurs de la lymphangite maternelle eussent pénétré à travers la circulation placentaire dans l'organisme fœtal.

Les conditions anormales de ce dernier, originairement entaché d'une infection aussi grave que la syphilis dont il portait à sa naissance les signes les mieux avérés, ne lui auraient assurément permis assez de résistance contre l'invasion microbienne accidentelle à laquelle pourra-t-on, ce me semble, rattacher le processus producteur de la néoformation morbide.

Les faits que je viens de rapporter, réunis à ceux de même nature que j'ai précédemment recueillis et publiés, forment de la sorte un stock de 9 observations d'éléphantiasis congénital, qu'on pourra classer comme il suit :

D'après l'âge de l'enfant au moment de sa présentation :

12 heures.....	1
2 mois.....	1
3 mois.....	1
5 mois et demi.....	1
7 mois.....	1
11 mois.....	1
12 mois.....	1
14 mois.....	2
Total....	9

D'après le sexe :

Sexe masculin.....	5
— féminin.....	4
Total....	9

D'après la race :

Blanc.....	5
Métis.....	3
Noir.....	1
Total....	9

D'après le siège de l'affection :

Aux deux pieds.....	2
Au pied droit.....	2
Aux deux jambes.....	2
A la jambe gauche.....	1
Au tronc et au bras droit.....	1
Au tronc et aux bras.....	1
Total....	9

D'après les formes revêtues par l'affection :

Forme sclérotique.....	6
— molle et sclérotique.....	2
— molle, sclérotique et papillaire.....	1
Total....	9

D'après les antécédents de famille :

Père atteint de lymphangite aux jambes.....	1
Mère ayant eu une lymphangite à la jambe droite... ..	1
Mère ayant eu une lymphangite à la paroi abdomi- nale.....	1
Tante maternelle atteinte d'éléphantiasis.....	1
Sans antécédents lymphangitiques ou éléphantiaques	5
Total.....	9

Il paraît ressortir du relevé qui précède que le mal en question ne manifeste aucune prédilection pour l'un des deux sexes, puisqu'on y compte 4 fillettes pour 5 garçons.

En ce qui regarde la race, on y voit figurer trois métis ainsi qu'une petite négresse à côté de cinq enfants blancs issus de parents portugais, espagnols et italiens, un seul d'entre eux ayant pour père un Brésilien.

Aussi l'unique sujet de race noire atteint du mal congénital qu'il me fut jusqu'ici donné de signaler et celle encore dont il est question dans mon mémoire de 1894. Il en découle en conséquence que les enfants procréés par des couples européens ne possèdent aucune sorte d'immunité, au cours même de leur vie fœtale, contre les agents producteurs de la néoformation qui nous occupe. L'analyse des faits de cette nature semble peut-être même les signaler comme étant ceux les mieux exposés à contracter le mal.

Pour ce qui est du siège ordinaire, les nouveaux cas rapportés ne font qu'en relever une fois de plus la tendance marquée à se localiser dans les extrémités inférieures (7 fois sur 9). Chez 6 de mes 9 petits éléphantiaques il affecta la forme sclérotique circonscrite à

une partie du corps, ce qui paraît constituer la règle vis-à-vis de l'ensemble des cas enregistrés.

Les trois autres enfants présentaient le type de l'affection décrite par Virchow sous le nom d'éléphantiasis mou ou kystique avec laquelle on a voulu confondre, du reste, d'autres déformations congénitales de nature toute différente.

En envisageant d'un autre côté les antécédents familiaux concernant nos trois derniers petits sujets, il y a lieu de relever un fait assez digne d'être noté, à savoir l'apparition, chez la mère de l'enfant de ma troisième observation, d'une poussée lymphangitique deux mois avant la naissance de ce dernier. Cette infection maternelle semble donc pouvoir être invoquée comme étant la cause directe des lésions des canaux lymphatiques de l'organisme fœtal originaires de la néoformation.

Les liens de cause et d'effet y étaient vraisemblablement mis en évidence aussi bien que dans le cas appartenant à la petite négresse qui fut le sujet de mon dernier mémoire de 1894, dont la mère aurait été prise également d'une crise lymphangitique au cours de sa grossesse par suite d'une chute. Je remarquai alors à ce propos que la notion étiologique en question ne figure que trop rarement dans nos observations, car l'extrême ignorance des parents, ou encore leur absence au moment de l'examen des petits sujets, ne m'ont guère permis de me renseigner. Cette condition étiologique pourtant doit mériter aujourd'hui la plus grande attention, car elle vient éclairer l'étiologie restée jusqu'ici encore obscure d'un grand nombre de cas d'éléphantiasis congénital. L'anatomie pathologique avait mis hors de doute ce fait, à savoir que la néoformation en question avait pour point de départ la phlegmasie suivie d'obstruction d'un tronc lymphatique, de ses branches ou encore de ses terminaisons. La nature pourtant de cette phlegmasie échappait à toute interprétation, et ce ne fut qu'à une époque plus récente qu'on la rattacha à la pénétration dans ces vaisseaux de l'embryon de filaire (Wucherer). Cette donnée pathogénique fut désormais exclusivement invoquée pour expliquer la nature de la totalité des cas de ce genre, bien qu'elle ne fût pas justifiable dans beaucoup d'entre eux. Bref, les plus récents progrès de la bactériologie vinrent combler cette lacune et mieux nous éclairer sur les faits qui échappent à l'interprétation primitive. Le premier pas fait dans ce sens eut pour point de départ les recherches de Verneuil et Clado, en 1889, lesquels arrivèrent à cette conclusion, à savoir que l'inflammation des canaux lymphatiques tient à la présence du même organisme producteur de l'érysipèle, c'est-à-dire le streptocoque de Fehlessen.

Ce fut encore en France que cette découverte reçut sa première confirmation entre les mains de Sabouraud, interne de Besnier à l'hôpital Saint-Louis, lequel retrouva, en 1892, le streptocoque de

l'érysipèle chez trois malades atteints d'éléphantiasis contracté en France d'où ils n'étaient jamais sortis. Ces premiers résultats recueillis chez des Européens ne tardèrent guère à être pleinement confirmés par les recherches que nous avons entreprises, Moncorvo fils et moi, à Rio-de-Janeiro, tant chez des adultes que chez des enfants, porteurs ou non de néoformations éléphantiaques, dont je m'occupai dans mon mémoire de 1893. Nous avons poursuivi, après cela, nos investigations dans le but de reconnaître les connexions pathogéniques entre le germe en question et les poussées lymphangitiques, les suites ne différant pas du reste de celles que nous avions déjà consignées.

J'en relaterai donc sommairement quelques-unes qui donnent bien gain de cause à la doctrine soulevée par Verneuil et Clado.

Obs. I. — Une fillette de 7 ans, blanche, née à Rio, était soignée dans mon service pour une pneumobacillose, lorsqu'elle se présenta un jour affectée d'une lymphangite à la jambe droite, accompagnée d'œdème accusé. On préleva du sérum à la partie la plus enflammée, lequel, examiné le lendemain à l'aide de la solution de Ziehl, laissa voir la présence d'un grand nombre de streptocoques de Fehleisen, lesquels furent ensuite cultivés avec succès.

Obs. II. — Garçon, blanc, 2 ans, né à Rio, entre dans mon service, atteint d'une lymphangite très intense, siégeant à l'avant-bras droit, survenue à la suite de l'implantation d'une arête de poisson, et accompagnée d'une très vive réaction fébrile. Vers le troisième jour, celle-ci s'étant quelque peu amendée, on retira deux gouttelettes de pus formées au niveau du point de pénétration de l'arête, lesquelles recueillies dans des petits ballons dûment stérilisés furent ensuite soumises à l'examen microscopique au moyen du réactif de Ziehl. On y retrouva ensemble le streptocoque pyogène ainsi que celui de Fehleisen, dont les caractères biologiques furent ensuite révélés par des cultures dans du bouillon liquide.

Obs. III. — Garçon, blanc, 7 ans, né à Rio. Quatre mois avant son entrée, apparition de fièvre intense, précédée de frissons et suivie de l'invasion de plaques rouges sur la figure et le tronc, notamment sur la face antérieure de la poitrine, auxquelles succéda de la desquamation et de l'anasarque. Celle-ci disparut bientôt à la suite d'une polyurie. Peu après, ses parents constatèrent dans les deux régions axillaires l'existence d'une tumeur avec les dimensions d'un œuf de poule, formée par des ganglions et des vaisseaux lymphatiques. Le sérum prélevé à la peau qui revêtait l'une d'elles, renfermait à l'examen microscopique du streptocoque de Fehleisen à l'état de pureté.

Obs. IV. — Garçon, métis, 12 ans, né à Rio, après avoir fait un grand effort musculaire avec son bras droit dans le but de suspendre un seau rempli d'eau, fut par suite atteint d'une poussée de lymphangite à la région pectorale droite, accompagnée de réaction générale.

Il y avait, au moment de son entrée, de l'œdème, de même que de l'en-

gorgement des ganglions de l'aisselle droite. On prélève une goutte de sérum à la partie la plus enflammée et l'on soumet à l'examen microscopique, qui y décèle la présence du streptocoque de l'érysipèle.

Obs. V. — Garçon, blanc, 7 ans, né à Rio. Douze jours auparavant son entrée, avait fait une chute en gravissant une montagne aux environs de cette ville, d'où résulta une lymphangite de la cuisse droite avec de la réaction fébrile intense, ayant donné lieu à un foyer de suppuration au-dessus du condyle interne correspondant. Le sérum prélevé alors dans cette région fut soumis à l'examen microscopique, qui y découvrit la présence du streptocoque érysipélateux dont les caractères biologiques furent ensuite bien constatés (1).

Une fois donc bien assurée, la vraie nature du germe producteur de l'inflammation ordinaire des canaux lymphatiques, faut-il à coup sûr admettre qu'un certain nombre de cas d'éléphantiasis, observés et développés tant en Europe qu'en Amérique, reconnaissent une tout autre origine que la *filaria sanguinis hominis* et qu'ils doivent être à bon droit rattachés à des lymphocytes d'origine streptococcique.

Cette nouvelle notion pathogénique découlée des recherches bactériologiques rapportées vient nous donner l'interprétation des cas d'éléphantiasis développé au cours de la vie fœtale pour lesquels l'influence causale de la filaire ne peut être mise en cause. Des investigations plus minutieuses, faites dans d'autres circonstances pareilles au sujet des accidents survenus à la mère au cours de sa grossesse, aboutiront, j'ose le croire, à des résultats identiques à ceux de mon enquête auprès des deux femmes signalées plus haut.

Il faut cependant convenir qu'on a rapporté des cas d'éléphantiasis congénital à forme kystique avec anasarque dont l'interprétation a été différemment jugée. Virchow, qui les a aussi observés, les rattache à la catégorie des cas appartenant à la forme molle ou kystique, l'infiltration concomitante du tissu cellulaire n'étant pour lui qu'une complication accidentelle.

Cette manière de voir est partagée par Everke et par Steinwirker, lequel proposa pour désigner cette forme du mal le nom d'éléphantiasis congénital lymphangectode. Neelsen n'ayant pu retrouver dans le cas de cette nature qu'il eut l'opportunité d'observer aucune altération de l'appareil vasculaire capable d'expliquer l'infiltration du tissu cellulaire, crut devoir la rattacher à ce fait que la mère de ce fœtus aurait été atteinte, vers le dernier mois de sa grossesse, d'une

(1) Ces examens bactériologiques furent pratiqués par MONCORVO fils, et se trouvent signalés dans son mémoire intitulé : *De l'identité du microbe de la lymphangite aiguë et de l'érysipèle* (Da identidade do microbio da lymphangite aguda e da erysipela), Rio-de-Janeiro, 1894, typ. Besnard frères.

néphrite avec de l'œdème assez marqué et suivi d'urémie. L'hydrémie serait donc, pour lui aussi bien que pour Wilson qui adopte son avis, la condition pathogénique de l'anasarque congénitale.

De son côté, J. W. Ballantyne (1), qui se livra à l'examen microscopique de la peau et du sang d'un fœtus porteur d'une tumeur kystique dorsale avec hydroqisie générale du tissu cellulaire sous-cutané, ne rencontrant aucune altération du sang propre à l'hydrémie ou à n'importe quelle dyscrasie, pensa devoir plutôt l'attribuer aux conditions particulières du système circulatoire de ce fœtus, jumeau d'aînés d'un autre venu au monde à l'état normal. Celui-là était acar-diaque et ne recevait qu'une assez faible quantité de sang provenant soit du placenta, soit du cordon de ce dernier. Il en résultait donc que le sang devant être projeté à une assez grande distance de la force impulsive par le cœur du fœtus sain, la circulation y deviendrait forcément lente et imparfaite. On y retrouvait ainsi réunies, dit-il, toutes les conditions favorables à la production de l'hydropisie. Les faits de cette nature sortent raisonnablement du cadre de l'éléphantiasis; il ne s'agissait là que d'une hydropisie tenant à des lésions congénitales diverses. Le distingué professeur d'Edimbourg est, quant à moi, dans le vrai lorsqu'il affirme que la difformité congénitale désignée par quelques auteurs sous le nom d'éléphantiasis général kystique n'est autre chose qu'un état plus avancé et plus grave de l'hydropisie générale congénitale.

Les kystes plus ou moins circonscrits coïncidant avec des noyaux fibreux dont je fus à même de retrouver deux exemples frappants sont tout vraisemblablement, comme Virchow lui-même l'avait déjà admis, sous la dépendance d'une lésion des canaux lymphatiques, en n'étant ainsi, d'après lui, qu'un état plus avancé de ce qu'on a appelé éléphantiasis congénital lymphangectode.

Il ne faudra donc ainsi pas confondre dans la classe de l'éléphantiasis congénital des difformités d'essences les plus diverses; bien que pouvant offrir entre elles des ressemblances apparentes.

(1) *The Diseases and Difformities of the Fœtus*. Edinburgh, 1th vol., 1893, p. 182.

DE L'HIDROCYSTOME (1)

Par M. Georges Thibierge.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte de l'affection à laquelle Robinson a donné le nom d'hydrocystome.

C'est le 4^e cas dont j'ai pu recueillir l'observation, et comme cette affection est peu connue en France où elle a presque toujours été confondue avec la dyshidrose, je profiterai de cette présentation pour reproduire les observations que j'ai recueillies et pour faire de l'hydrocystome une courte étude d'ensemble, en m'aidant des descriptions et des faits déjà assez nombreux qui ont été publiés en Amérique et en Angleterre.

Obs. I. — M^{me} Lher..., âgée de 59 ans, ancienne commerçante en denrées et en vins, entrée le 23 avril 1894 à l'hospice Debrousse.

Les antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt; la malade ne connaît dans sa famille aucun cas de maladie de peau; ni ses parents ni ses enfants n'ont été atteints de la même affection cutanée qu'elle.

Elle-même n'a eu d'autres maladies sérieuses qu'une sciatique vers l'âge de 30 ans et un rhumatisme articulaire à 42 ans. A eu trois enfants. Ménopause à 51 ans. La malade n'éprouve d'autres troubles qu'un certain degré de dyspnée, dû à l'emphysème pulmonaire, et quelques troubles dyspeptiques à l'occasion desquels elle vient me consulter au mois de décembre dernier. Elle est et se reconnaît un peu nerveuse; mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de migraines. Elle est de forte corpulence et porte des pseudo-lipomes dans les creux sus-claviculaires.

L'affection cutanée dont elle est atteinte et sur laquelle je dus appeler son attention, car elle ne songeait pas à s'en plaindre, a débuté vers l'âge de 30 ans sous la forme de petits grains saillants, occupant le front des deux côtés et la paupière inférieure du côté gauche; la paupière inférieure du côté droit n'a été atteinte que sept ou huit ans plus tard.

Depuis cette époque, les lésions n'ont jamais disparu complètement: elles deviennent plus apparentes en été, vers le mois de mai ou de juin, puis diminuent vers le mois de septembre. La malade ne se rappelle pas si ces lésions se modifiaient au moment des époques menstruelles; les bouffées de chaleur qui se sont produites pendant deux ou trois ans à la suite de la ménopause ne semblent pas les avoir exagérées. Ces lésions s'accompagnent de démangeaisons assez violentes au moment où elles se développent; habituellement elles sont indolentes une fois développées, mais depuis quelques mois elles sont un peu douloureuses lorsque la malade se gratte.

Les lésions ont toujours été exclusivement limitées à la fois: les mains sont toujours indemnes de toute lésion pouvant être comparée à la dyshidrose; jamais il n'y a eu la moindre éruption sur le reste du corps.

La malade transpire abondamment de toutes les régions du corps, et

(1) Communication à la Société française de Dermatologie.

également des deux côtés ; les transpirations ont toujours été aussi abondantes, quoique la malade ait toujours fait fort peu d'exercice.

Lorsque je vis la malade, au mois de juin dernier, je constatai les lésions suivantes :

Sur les paupières inférieures, et en nombre au moins deux fois plus considérable à gauche qu'à droite, nombreuses petites tumeurs, de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'un gros grain de plomb ; ces tumeurs forment pour la plupart au-dessus du niveau de la peau une saillie très appréciable, hémisphérique, d'autres sont peu ou pas saillantes et ne s'aperçoivent qu'à un examen attentif ou ne se constatent qu'à la palpation. Elles ont une coloration grise légèrement violacée, plus prononcée au centre qu'à la périphérie, plus nette sur les tumeurs volumineuses que sur celles de petites dimensions. Ces tumeurs, enchâssées dans la peau, sont dures, tendues ; la piqure en fait sortir une gouttelette de liquide clair comme de l'eau de roche.

Sur la partie mobile de la paupière supérieure, deux ou trois tumeurs semblables de chaque côté ; sur la partie adhérente de cette paupière, au voisinage immédiat du sourcil, quelques tumeurs ne se traduisant pas par une modification de la couleur de la peau ; au voisinage de l'angle interne, un certain nombre de tumeurs relativement assez volumineuses, plus nombreuses à gauche qu'à droite.

Sur la moitié supérieure du dos du nez et, en moins grand nombre sur les parties latérales, tumeurs analogues à celles des paupières, mais un peu moins colorées et moins nombreuses.

Au front, au voisinage de la racine du nez, un certain nombre de petites tumeurs, peu saillantes, dont la coloration ne diffère généralement pas de celle de la peau voisine.

Aucune trace de tumeurs ni sur les joues, si sur les lèvres, ni au menton, ni sur la partie supérieure du front. Aucune lésion du cuir chevelu, sauf quelques croûtes sans grands caractères, qui sont peut-être de l'acné nécrotique fruste.

Aucune trace d'acné de la face : le teint est pâle, sans varicosités. Les petites tumeurs ne reposent pas sur une base vascularisée.

Il n'y a aucune cicatrice pouvant être mise sur le compte de l'évolution des tumeurs précédemment décrites, lesquelles disparaissent sans donner lieu à la formation de croûtes.

Aujourd'hui 14 novembre, les lésions ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'elles étaient en juin ; elles sont un peu moins saillantes, mais leur nombre ne semble pas avoir diminué.

La malade assure qu'à pareille époque les autres années elles n'étaient jamais aussi développées et que d'ailleurs cette année elles ont été beaucoup plus apparentes qu'à l'ordinaire. Elles sont certainement plus manifestes actuellement que je ne les avais vues au mois de décembre et au mois d'avril dernier.

Obs. II. — M^{me} Hei..., âgée de 70 ans, vient me consulter le 28 mai 1895, à la polyclinique de l'hospice Debrousse.

Cette femme n'a jamais eu d'autre maladie que des douleurs articulaires qui se répètent depuis deux ans, des fièvres intermittentes qui ont

persisté pendant dix-huit mois en Afrique et des migraines qui, après avoir persisté pendant plusieurs années, ont cessé depuis 8 ans.

L'affection cutanée pour laquelle elle vient me consulter s'est montrée pour la première fois l'an dernier : vers la même époque que cette année, c'est-à-dire au commencement des chaleurs, la malade a été prise de démangeaisons et il est survenu sur la face des boutons dont un certain nombre ont atteint la dimension d'un pois environ ; ces boutons renfermaient du liquide et, au dire de la malade, ceux qu'elle a percés avec une aiguille ont donné pendant une quinzaine de jours un écoulement de liquide blanchâtre et purulent, tandis que ceux qui n'ont pas été percés se sont simplement affaissés sans se rompre. Les démangeaisons ont persisté jusqu'au mois d'août et ont disparu avec les chaleurs. Pendant l'hiver, il ne restait plus aucune trace de l'affection cutanée.

Pendant cette première poussée, de même que pendant la poussée actuelle, les mains ont été constamment indemnes.

La malade a toujours transpiré abondamment des deux côtés du corps.

Il y a quinze jours, la malade a été reprise de démangeaisons assez vives à la face et il s'y est développé de petits boutons.

Actuellement, on voit sur la face un certain nombre de saillies, de coloration rose, qui au premier abord rappellent l'aspect de l'urticaire ou de l'eczéma papuleux à marche aiguë. Cette ressemblance est surtout accusée sur les joues. A ce niveau, on constate à un examen attentif que ces saillies rouges se décomposent en un grand nombre de petits éléments d'apparence vésiculeuse, dont la plupart sont rosés et saillants, tandis que quelques-uns sont acuminés à leur partie centrale et présentent une coloration bleu violacé ; la piqure de ces divers éléments donne issue à une gouttelette de liquide clair.

Sur le front et sur le nez, on voit un assez grand nombre de saillies aplaties, presque confluentes sur le nez, blanches, ressemblant à de l'urticaire papuleuse à petits éléments et au milieu desquelles on ne voit pas nettement d'éléments bleuâtres ; là encore la piqure fait sortir du liquide absolument clair.

Sur la plus grande partie du nez, la peau est mamelonnée et présente l'aspect de la peau d'orange, produit par un soulèvement irrégulier, renfermant également du liquide clair, mais ne présentant pas l'apparence de vésicules isolées. On voit nettement sur le nez les orifices sébacés assez larges. A la racine du nez, de chaque côté, se voient plusieurs éléments présentant une coloration bleu violacé, durs, résistants, enchâssés dans le derme, ayant l'apparence absolument caractéristique des lésions de la première observation et donnant par la piqure un liquide d'aspect identique à celui qui sort des lésions précédentes.

Sur les paupières inférieures, on voit un certain nombre de petits éléments analogues à ces derniers. En outre, sur la paupière inférieure droite, on voit quelques petits grains blancs, ressemblant à la fois à des grains de milium et aux petits adénomes sébacés si fréquents dans cette région, mais plus encore à ces derniers, en raison de la forme plate de leur surface, de leur coloration légèrement jaunâtre et de l'impossibilité de les énucléer avec une épingle. Pas de xanthélasma.

8 juin. Les lésions de la face sont un peu plus apparentes. Sur les joues en particulier, elles sont plus volumineuses, ont pris plus nettement le caractère vésiculeux avec coloration bleu violacé de la partie centrale. Sur le nez, elles conservent toujours le même aspect de soulèvement à contour moins accusé et ne rappelant que vaguement l'apparence vésiculeuse du reste de la face.

La malade déclare avoir eu sur le dos des mains des lésions analogues à celles du visage; on ne trouve actuellement que quelques croûtelles brunâtres. Rien sur les doigts. (Un granule d'atropine de un quart de milligramme par jour.)

12 juin. Il semble y avoir une amélioration assez nette, beaucoup de kystes sont moins apparents. Encore quelques démangeaisons sur les ailes du nez.

12 novembre. Les démangeaisons ont persisté sur le visage pendant les grandes chaleurs, et ont disparu avec elles. Les lésions cutanées ont été moins accusées cette année que l'année dernière; elles sont en voie de diminution depuis que la température s'est abaissée.

Actuellement on voit encore un grand nombre d'éléments disséminés sur les diverses régions du visage, y compris le menton et les lèvres; ils sont plus nombreux sur les joues, principalement au pourtour des yeux et sur le nez.

Sur le dos du nez, ces éléments sont nombreux, confluent par places et rappellent l'aspect de la peau d'orange, mais sans rougeur comme pendant la saison chaude; aucun d'eux non plus ne présente la coloration bleu violacé qu'on voit sur quelques éléments dans les autres régions de la face; par la pression un peu forte, on fait sourdre un liquide incolore semblable au contenu des kystes, par les dépressions de la surface cutanée qui semblent représenter des orifices dilatés de glandes sébacées; un petit nombre seulement de ces orifices donnent issue à une très minime quantité de matière sébacée.

À la racine du nez, il existe d'assez nombreux kystes saillants, hémisphériques, dont quelques-uns ont une coloration violacée; les plus volumineux sont situés sur les parties latérales de la racine du nez.

Sur les joues, les kystes sont assez nombreux, mais tous isolés les uns des autres, quelques-uns de coloration bleu violacé.

L'observation suivante est intéressante par le développement des tumeurs d'hydrocyste au niveau d'un *nævus* dont elles déterminaient l'augmentation de volume et simulaient la transformation néoplasique.

Obs. III. — M^{me} Ezamb..., 29 ans, vient me consulter le 20 septembre 1893, à l'hôpital Saint-Louis (1).

L'affection dont elle est atteinte a débuté il y a deux ans et demi, à la suite d'une peur; la malade, alors enceinte de cinq mois et demi, a vu apparaître sur la face de petites saillies bleuâtres, qui ont persisté depuis lors, s'exagérant beaucoup pendant la saison chaude; ces lésions dispa-

(1) Le visage a été moulé (pièce n° 1743 du Musée de l'hôpital Saint-Louis).

raissent par résorption pure et simple et ne se sont jamais rompues spontanément.

La malade transpire abondamment d'une façon habituelle ; elle travaille dans son ménage et lave une fois par semaine dans un lavoir.

Actuellement on constate sur le visage des saillies hémisphériques, de coloration bleu violacé, résistantes, enchâssées dans le derme, donnant par la piqûre issue à un liquide incolore. Ces saillies occupent les paupières, surtout les inférieures, la région adjacente des joues ; quelques-unes sont situées sur le front.

On constate en outre sur la partie saillante de la pommette droite une petite tumeur, de dimensions un peu inférieures à celles d'une lentille, de coloration jaunâtre, avec quelques petits vaisseaux dilatés à la périphérie. Cette tumeur a augmenté de volume depuis quelques semaines ; la malade ne peut dire exactement comment elle a débuté ; elle croit cependant se rappeler qu'elle portait à ce niveau une tache congénitale, ce qui est d'autant plus vraisemblable qu'on trouve une autre tumeur analogue et plus volumineuse à la région massétérière et une sur la lèvre supérieure.

Cette tumeur paraissant en voie d'accroissement, j'engage la malade à me la laisser extirper pour pouvoir, par l'examen microscopique, déterminer s'il s'agit d'une transformation maligne d'un naevus ou du développement, au voisinage de celui-ci, de kystes semblables à ceux qui existent sur les diverses parties du visage.

La pièce a été examinée par mon collègue et ami M. Darier qui a bien voulu me remettre la note suivante :

« La pièce comprend une petite tumeur saillante, à côté de laquelle on reconnaît à l'œil nu la présence de plusieurs kystes translucides.

À la surface de la tumeur se voit l'épiderme normal ; sous l'épiderme, le corps papillaire a ses vaisseaux dilatés.

Dans le derme se trouve un néoplasme constitué par des cellules à structure épithélioïde logées dans des espaces alvéolaires plus ou moins ovalaires ou allongés ; les cloisons de ces alvéoles sont minces, formées de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques. Dans ce néoplasme plongent ou passent des follicules pilo-sébacés normaux ou un peu trop volumineux ; le sac conjonctif des follicules les sépare des amas cellulaires.

Les bords de la tumeur sont diffus ; bien loin d'être encapsulée, elle n'est même pas nettement limitée du côté des tissus sains. Il n'y a aucune réaction inflammatoire ou dégénérative de la part de ces derniers.

À cette description on reconnaîtra un *endothéliome* ou, si l'on veut, un *naevus cellulaire non pigmenté*.

À côté de la tumeur, au milieu du derme, mais à une profondeur un peu variable, se voient des *kystes* ronds, ne contenant rien sur les coupes, ayant renfermé probablement un liquide aqueux à l'état frais. Leur paroi est formée par une double ou triple couche de cellules épithélioïdes, très aplaties dans les plus grands, cubiques dans les autres, revêtue intérieurement d'une cuticule. Cette structure est celle des canaux excréteurs sudoripares. Sur quelques coupes il a été facile de constater la présence d'un canal de cet ordre venant aborder un kyste et s'y aboucher après avoir décrit quelques sinuosités.

La plupart des glomérules sudoripares rencontrés dans les coupes sont formés de canaux dilatés dont la lumière est sensiblement plus large qu'à l'état normal. »

L'observation suivante a été publiée dans la thèse de M. Bonnet (1) : je l'avais regardée à cette époque comme un cas de dyshidrose de la face, tout en lui trouvant les caractères qui l'éloignaient singulièrement de cette affection. A la lecture du travail de Robinson, je reconnus de suite la lésion qui y est décrite.

Obs. IV. — M. X..., 50 ans, manufacturier aux environs de Paris, a remarqué, depuis une vingtaine d'années, l'apparition de petites saillies dans la région orbitaire inférieure des deux côtés. Ces petites saillies ne se produisent que pendant l'été, disparaissent complètement à l'automne ; elles persistent pendant toute la saison chaude, plus nombreuses et plus volumineuses lorsque l'été est plus chaud. A la suite d'un exercice un peu intense, ayant amené la transpiration, ou à la suite de fatigues, ces saillies sont plus apparentes que de coutume.

L'éruption est constituée par de petites saillies arrondies, ayant l'aspect de grains de plomb enchâssés dans la peau, et dont la coloration grisâtre tranche nettement sur celle des parties voisines. Ces saillies sont très facilement perceptibles au toucher ; elles sont fermes, résistantes. Lorsqu'on cherche à les perforer avec une pointe de bistouri ou une aiguille à scarification, on constate que leur paroi est résistante et l'on en fait sortir, en exerçant une légère pression, une gouttelette de liquide absolument transparent.

Le volume de ces éléments varie de celui d'une petite tête d'épingle à celui d'un gros grain de plomb de chasse. Ils sont exclusivement localisés à la région orbitaire (laquelle est fortement excavée) depuis le bord adhérent de la paupière inférieure jusqu'au pourtour supérieur de l'orbite ; en dedans, il s'en développe quelques-unes sur la portion adjacente de la racine du nez.

Cette éruption n'est le siège d'aucune démangeaison, d'aucune sensation anormale ; le malade ne s'en préoccupe nullement, et c'est par hasard que j'en ai constaté l'existence, il y a déjà trois ans. Depuis lors, je l'ai souvent examinée pendant la saison chaude, et je lui ai toujours trouvé les mêmes caractères ; son mode de disparition en automne n'a jamais été observé avec soin, mais le malade affirme n'avoir jamais vu se produire de squames, ni de croûtes sur les régions atteintes.

Les autres régions du corps ne présentent aucune trace d'éruption de quelque nature qu'elle soit. M. X... a seulement remarqué parfois, au commencement de l'été, la desquamation dyshidrosique si fréquente des bords latéraux des doigts. M. X... transpire abondamment, principalement de l'extrémité céphalique, bien qu'il soit diabétique (diabète reconnu il y a quatre ans, avec polyphagie, mais avec peu d'exagération de la soif et de la quantité d'urine), et il a eu assez souvent, sur le tronc, des éruptions

(1) BONNET. *Contribution à l'étude de la dyshidrose*. Thèse de Paris, 1889, p. 71.

sudorales à forme de roséole. Il est à noter de plus que le visage est habituellement congestionné et que les régions orbitaires présentent quelques varicosités sous-cutanées assez développées.

Le nom d'hidrocystome a été employé pour la deuxième fois par A. R. Robinson (de New-York) (1), qui donna de l'affection une description très exacte et très complète, accompagnée d'une planche chromolithographique; si le mot était nouveau et la conception nouvelle aussi, la maladie n'était pas inconnue. Le même auteur en avait déjà rapporté des exemples en 1884 (2) et les avait rangés dans les sudamina; Jackson (3), Rosenthal (4), M. Hallopeau (5), Jamieson (6) en avaient également vu des cas, qu'ils avaient rapportés à la dyshidrose, erreur dans laquelle je suis tombé moi-même ainsi que je viens de vous le dire.

La description de Robinson était trop précise, le nom proposé par lui trop expressif pour ne pas éveiller l'attention. Aussi son travail a-t-il été suivi de la publication de divers faits appartenant à la même affection : tels sont ceux de J. Hutchinson (7), J. Adam (8) et de Alex. Morton (9).

Ces divers travaux permettent de résumer ainsi qu'il suit les caractères cliniques et anatomiques de l'hidrocystome.

Exclusivement limitées au visage où elles occupent principalement le pourtour des yeux (paupières, région intersourcilière) et le nez, parfois prédominantes sur un côté de la face, le plus souvent symé-

(1) A.-R. ROBINSON. Hidrocystoma. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, août 1893, p. 293.

(2) ROBINSON. Miliaria and sudamina. American dermatological Association, in *Journal of cutaneous and venereal diseases*, 1884, p. 362.

(3) G.-T. JACKSON. A case of dyshidrosis of the face. *Journal of cutaneous and venereal diseases*, 1886, p. 1.

(4) O. ROSENTHAL. Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887, p. 425.

(5) HALLOPEAU. Sur un cas de dyshidrose du visage. *Annales de dermatologie*, juin 1892, p. 728.

(6) JAMIESON. Dysidrosis of the face with unilateral hyperidrosis. *British Journal of Dermatology*, mai 1893, p. 134.

(7) J. HUTCHINSON. Cases illustrating the neurotic origin of hydrocystoma. *British Journal of Dermatology*, mai 1895, p. 137.

Hutchinson, avait déjà publié (*Illustrations of clinical Surgery*, t. I, p. 145) des faits analogues que nous ne citons pas plus haut, n'ayant pu nous procurer l'ouvrage où ils ont paru.

(8) JAMES ADAM. Hidrocystoma. *British Journal of Dermatology*, juin 1895, p. 169.

J. Adam avait publié (*British medical Journal*, 2 décembre 1893, p. 1212) un cas d'hidrocystome sous le titre de lymphangioma circumscriptum, dénomination dont les auteurs anglais font depuis quelques années un si singulier abus. Crocker lui ayant fait remarquer son erreur, il a repris l'étude de la question.

(9) ALEX. MORTON. A case of hidrocystoma. *British Journal of Dermatology*, août 1895, p. 245.

triquement disposées, les lésions sont constituées par de petites tumeurs de volume inégal, ne dépassant pas la dimension du volume d'un pois cassé, faisant une légère saillie hémisphérique ou incluses dans le derme dont l'aspect rappelle, suivant la comparaison de Robinson, l'aspect d'un grain de sagou cuit : de coloration grisâtre ou violacée, d'autant plus accusée qu'elles sont volumineuses, ces tumeurs ont une consistance dure, qui contraste singulièrement avec la consistance normale du derme sain. Ces tumeurs sont en nombre très variable : on peut en voir quelques-unes seulement sur le visage, ou en compter jusqu'à 100 ou 200; elles peuvent être disséminées ou réunies en groupes plus ou moins étendus; dans notre deuxième observation, on les voit si confluentes sur le nez qu'elles forment une nappe irrégulière, dont l'aspect rappelle celui de la peau d'orange, mais c'est là un fait exceptionnel, de même que la minceur de leur enveloppe et l'issue du contenu des kystes sous l'influence de la pression.

Lorsqu'on les perce avec une épingle, on constate que leur paroi est dure, résistante, bien différente de celle d'une vésicule miliaire, et on donne issue à un liquide transparent, incolore. La réaction de ce liquide n'est jamais alcaline, au témoignage de Robinson; elle peut être neutre (Jamieson) ou légèrement acide (Robinson, Morton).

Les tumeurs qui ont été vidées par piqûre s'affaissent et semblent disparaître sans laisser de traces; en tous cas, sauf le cas d'infection secondaire, elles ne suppurent pas et elles ne laissent jamais de cicatrices. Celles qui ne sont pas rompues disparaissent en un temps variable par simple résorption; elles présentent parfois, au moment de la disparition, une coloration blanchâtre qui les fait ressembler à des grains de milium (Robinson, A. Morton).

L'affection offre son maximum de développement pendant la saison chaude; en hiver, elle s'atténue, mais généralement ne disparaît pas complètement, un certain nombre de tumeurs persistent, tout en diminuant de volume; les plus petites cessent d'être perceptibles, mais peut-être leur volume s'est-il simplement réduit. Lors du retour des chaleurs, vers le mois de mai ou de juin, d'autant plus tôt que les chaleurs sont plus intenses, les tumeurs reprennent le volume qu'elles présentaient l'année précédente ou même, si l'été est chaud, deviennent plus volumineuses; elles ne sont le siège de sensations douloureuses, ou plus exactement d'une sensation de chaleur, qu'au moment où elles prennent leur plus grand développement et pendant quelques jours seulement.

A leur période d'état, les lésions deviennent plus apparentes à la suite de transpirations abondantes; elles sont généralement moins prononcées au réveil que lorsque les malades sont debout depuis quelques heures et ont fait quelque exercice. Les époques mens-

truelles ne paraissent souvent pas les influencer; chez d'autres malades, elles les exagèrent (Hallopeau, A. Morton).

Anatomiquement, ces lésions sont constituées par des kystes à parois épaisses doublées d'un revêtement assez développé de cellules épithéliales cubiques; ce revêtement est parfois détaché par places et peut former des masses épithéliales comparables à celles qu'on observe dans le milium.

D'après Robinson, ces kystes se formeraient d'une façon constante à la partie inférieure du chorion, aux dépens des conduits excréteurs des glandes sudoripares; pour Adam, ils seraient le plus souvent et peut-être constamment le résultat de la distension d'une partie de la glande elle-même. L'examen que M. Darier a fait de la pièce que nous lui avons remise vient à l'appui de l'opinion de Robinson. Quoi qu'il en soit, les glandes sudoripares sont élargies comme dans l'hyperhidrose simple et leur contenu est granuleux. L'épiderme et les glandes sébacées, les follicules pileux ne présentent aucune lésion; le derme offre par places, autour des kystes, un léger degré d'infiltration embryonnaire (Adam), encore cette lésion ne paraît-elle pas constante.

L'histologie montre donc que ces kystes sont en connexion manifeste avec l'appareil sudoral et en relation avec le fonctionnement exagéré de cet appareil. Elle montre que ces kystes mériteraient à proprement parler le nom de kystes *dyshydrosiques*, si le mot de dyshidrose n'était appliqué, depuis Tilbury Fox, à une affection dont le mécanisme, encore inconnu et bien certainement en rapport lui aussi avec le fonctionnement de l'appareil sudoral, ne semble pas résider dans un obstacle à l'excrétion de la sueur; mais elle n'explique pas nettement leur mode de formation.

Sont-ils dus à l'obstruction du conduit excréteur par l'épithélium détaché sous l'influence de l'hyperhidrose? On peut objecter avec Robinson que l'hyperhidrose est un phénomène presque universel et que l'hydrocystome est rare; on peut avec plus de raison encore faire remarquer que ce mécanisme concorde mal avec la multiplicité des lésions chez un même sujet, avec leur limitation à la face et à certaines régions toujours les mêmes de la face, et avec leur reproduction régulièrement annuelle.

Il faut donc admettre que la condition de l'appareil sudoral ou du derme adjacent, — car il se pourrait que la dilatation de cet appareil fût fonction d'une altération du tissu cellulaire périglandulaire ou péricanaliculaire gênant l'excrétion sudorale — qui détermine la rétention sudorale, est d'ordre régional ou résulte d'une prédisposition individuelle des sujets atteints d'hydrocystome. Mais il est impossible d'aller plus loin.

Les constatations anatomiques sont, en tous cas, d'accord avec la

clinique : déjà nous avons vu que l'hidrocystome est influencé par les transpirations abondantes de la saison chaude, qu'il se rencontre chez des sujets transpirant facilement. Robinson l'a rencontré surtout chez des sujets que leur profession exposait à l'action d'une chaleur intense, comme les cuisinières, et principalement de la chaleur humide, comme les blanchisseuses.

Sans nier l'action que peuvent avoir sur la production de l'hidrocystome ces influences caloriques portant surtout leurs effets sur le visage, nous ferons remarquer que dans nos observations elles faisaient absolument défaut.

L'hérédité, qui se trouve mentionnée dans le cas de Morton, lequel a trait à la fille d'une malade d'Adam, semble tout à fait exceptionnelle.

L'arthritisme, la tendance à l'obésité sont souvent relevées chez les malades atteints d'hidrocystome ; il en est de même du nervosisme plus ou moins accusé : Hutchinson admet que le système nerveux a une influence sur sa production ; il se base sur le fait que sa malade était une migraineuse et présentait de l'hyperhidrose unilatérale, phénomène dont l'origine nerveuse ne peut être contestée (1). Peut-être est-ce de ce côté qu'on rencontrera l'explication de cette affection : les troubles de la sécrétion sudorale sont en effet fréquemment d'origine nerveuse et la dyshidrose est souvent en relation avec des perturbations nerveuses.

L'âge des malades ne permet guère d'admettre qu'il s'agisse d'une malformation glandulaire d'origine congénitale ; en effet, l'affection ne commence à devenir manifeste qu'après 30 ou 40 ans, parfois même après 50 ans ; le fait de M. Hallopeau, où elle datait de l'enfance, est une exception. Les jeunes sujets ont assez d'occasions de transpirer abondamment pour que les conséquences d'une malformation des glandes sudoripares soient plus précoces.

La fréquence beaucoup plus considérable de la maladie chez la femme que chez l'homme (12 femmes sur 15 malades dont le sexe est indiqué) tient vraisemblablement moins aux professions exercées par les malades qu'à une condition spéciale encore indéterminée de de l'appareil sudoral facial de la femme.

Je n'insisterai pas ici sur le diagnostic de l'hidrocystome : la localisation exclusive à la face, la longue durée, les récidives annuelles, l'aspect des lésions, l'absence de toute tendance à la rupture spontanée permettent d'écarter les diagnostics d'eczéma, de dyshidrose, d'herpès,

(1) L'hyperhidrose unilatérale existait également dans les cas de Jamieson et de Morton : chose curieuse, chez les hémihyperhidrosiques, l'hidrocystome peut débiter par le côté opposé à l'hyperhidrose (cas de Morton) aussi bien que se limiter au côté où existe la transpiration (cas de Jamieson), ou y prédominer (cas de Hutchinson).

de pemphigus, de sudamina et de miliaire. D'autre part, la nature du contenu de ces kystes les distingue des formes d'adénomes sébacés localisées à la face.

Il suffit d'avoir vu un cas d'hydrocystome, ou simplement d'en avoir lu la description pour reconnaître l'affection sans hésitation.

L'hydrocystome est plutôt une difformité qu'une maladie ; mais son siège à la face le rend disgracieux et quelques malades tiennent à s'en débarrasser.

On peut essayer de modérer les transpirations par une médication interne appropriée : je n'ai pas à reproduire la longue liste des substances anhidrotiques qu'il y a lieu de prescrire dans ce but et à indiquer les divers sens où on doit chercher dans l'état général des malades les indications d'une thérapeutique générale appropriée. Lorsque ces moyens généraux sont insuffisants, on peut, si les malades exigent une intervention, tenter la destruction des kystes par des cautérisations ignées.

CHANCRE DE LA SOUS-CLOISON DU NEZ

Par le Dr **G. Richard d'Aulnay**.

Les chancres du nez et en particulier ceux de la sous-cloison sont assez rares pour que nous croyons digne d'intérêt de rapporter le cas qu'il nous a été dernièrement permis de rencontrer.

Voici l'observation résumée autant que possible.

Un de nos amis, M. X..., artiste peintre, âgé de 27 ans, et dont nous avons soigné déjà, en 1893, avec succès une blennorrhagie chronique au moyen des lavages au permanganate de potasse, vient nous trouver le 19 décembre 1894, pour une petite grosseur de teinte rouge vif, siégeant sur la partie cutanée de la sous-cloison du nez, datant de huit jours environ et qui ne fait que se développer et s'étendre avec le temps. Ne souffrant nullement, il ne vient s'en plaindre que parce qu'elle dépare son visage et qu'elle commence néanmoins à l'inquiéter quelque peu.

A l'examen, on voit sur la partie médiane de la sous-cloison une tuméfaction rouge violacé diffuse, sans limites précises, s'étendant dans la narine droite sur la muqueuse nasale, atteignant les bords internes de la narine, antéro-inférieure du lobule du nez et se perdant dans l'épaisseur de l'aile droite du nez. Vers le centre de cette tuméfaction, c'est-à-dire vers le bord droit de la sous-cloison, on aperçoit un gros point, saillant, gris jaunâtre.

Au toucher on constate : sensation de dureté de ces diverses régions, principalement de la sous-cloison, sensation cartilagineuse de l'aile droite du nez.

A la pression, point de douleur, point d'élançement, mais peu de mobilité des tissus. A l'état de repos, le malade se plaint de tension cutanée qui le gêne et l'agace dans les mouvements de va et vient des ailes du nez au moment de l'inspiration et de l'expiration.

Rougeur érythémato-excoriative dans le sillon médian intra-naso-labial. Pas de ganglions tuméfiés.

Comme renseignements, M. X... nous dit qu'il est enrhumé du cerveau depuis quinze jours environ, qu'il mouche beaucoup et que la région sous-naso-labiale est assez douloureuse du fait de l'irritation de la sécrétion du coryza. Il ne voit pas autre chose comme cause de cette tuméfaction.

Bref, après examen, malgré le manque de douleurs lancinantes et en présence de cette inflammation légèrement excoriative d'origine chimico-irritative, de cette dureté des tissus, de ce point saillant, nous pensons à un furoncle en voie de développement siégeant au niveau de l'union de la sous-cloison et du lobule du nez chez un individu atteint de coryza.

Comme traitement nous ordonnons d'appliquer durant la nuit de la glycérine au sublimé dans les deux narines, et durant le jour de tenir dessus des petits tampons de ouate imbibés de solution de sublimé au 1/2000.

Le 27 décembre, la tuméfaction nasale s'est accrue et a gagné particu-

lièrement du terrain dans la narine droite et sur la partie muqueuse de l'aile du nez. Le nez est élargi à droite et légèrement déformé. La tuméfaction obture la moitié de la narine de ce côté. La peau est tendue, vernissée, rouge livide, non fissurée, ni ulcérée. M. X..., se plaint de ne pouvoir respirer à son aise et d'avoir depuis deux jours de formidables douleurs de tête, au niveau du front, au-dessus des yeux et des tempes. Toujours pas d'adénopathie. Pas de fièvre. Le coryza est en voie de disparition. Continuation du traitement par le sublimé.

Deux jours après, le malade revient. Il s'est produit une petite ulcération qui s'est recouverte d'une mince couche d'humeur, mais qui ne laisse pas écouler de pus à la pression comme pour un furoncle. A l'examen, la coloration rouge jambonnée nous fait alors pencher pour la syphilis, pour un accident secondaire ou tertiaire. Mais l'interrogatoire nous ayant appris qu'il n'avait jamais eu de chancre antérieurement, ni de roséole, nous concluons alors à l'accident primitif. L'induration et la coloration y sont en effet, mais l'adénopathie manque totalement. A l'annonce de son affection, X... est navré. Il ne veut pas y croire et proteste, comme toujours, de toutes ses forces d'abord en faveur de l'étrangeté du siège de son mal, puis en faveur de la femme et finalement en faveur de ses mœurs.

Dès lors, le traitement est modifié : onguent napolitain belladonné la nuit, remplacé le jour par de la vaseline au 1/10, une pilule de sublimé de 2 centigrammes.

Six jours après, le 5 janvier 1895, X... est pris d'un mal de tête violent avec fièvre. X... se désespère et, défiguré, ne veut plus sortir qu'à la nuit tombante et encore que contraint et forcé. La tuméfaction a augmenté encore, elle obture presque complètement la narine droite, l'ulcération s'est agrandie. La gêne respiratoire étant assez grande, nous pensons pouvoir pratiquer quelques pointes de galvano-cautère dans la tuméfaction pour en diminuer le volume.

Du 5 au 7 janvier, les maux de tête sont si violents qu'ils l'empêchent de dormir. X... nous envoie chercher au matin, il n'y tient plus. La tuméfaction ne progresse plus, mais on constate à présent de l'adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire. Nous touchons la tuméfaction en différents points avec du nitrate acide de mercure.

Le 12, le chancre diminue de volume; il en est de même de la céphalée qui est beaucoup moins intense.

Le 18, il n'y a plus de céphalée et le chancre cicatrisé est en voie de disparition.

Le 26, il existe à la place du chancre une surface de cicatrice blanchâtre et une induration du lobule et de l'aile du nez. Le nez est légèrement plus gros que normalement.

10 mars. Apparition très nette de la roséole sur les flancs. Confirmation du diagnostic. Céphalée intense. Prise journalière d'une pilule de 2 centigrammes de sublimé (trois semaines par mois).

Depuis ce jour, X... se porte bien et n'a plus eu aucun trouble du fait de la syphilis.

Reste à connaître l'étiologie de ce chancre de la sous-cloison. Après

un interrogatoire serré, X... a fini par nous avouer que, vers le commencement de novembre, il avait rencontré au Parc-Monceau, une jeune fille qui lui servit de modèle durant un mois environ ; qu'il eut presque journellement des relations sexuelles avec elle (sans qu'il en constatât depuis d'accident quelconque du côté de la verge) ; mais aussi qu'il eut par contre, à la fin de ce mois, toujours avec elle, par deux ou trois fois, des rapports bucco-vulvaires, cause suffisante, comme on le pense, de cet accident insolite en cette région.

En somme, chancre de la sous-cloison par coït bucco-génital s'étant développé probablement à la faveur d'une érosion due à l'irritation produite par les mucosités du coryza sur le système tégumentaire lésé, et présentant une solution de continuité fort minime il est vrai, mais suffisante pour l'introduction du contagium syphilitique.

POLYNÉVRITES DANS L'INTOXICATION HYDRARGYRIQUE AIGUE OU SUBAIGUE

Par MM. **P. Spillmann**, professeur, et **Étienne**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

(Résumé d'une communication faite au Congrès de médecine de Bordeaux.)

Les accidents nerveux imputables à l'intoxication mercurielle chronique sont de notion courante ; il n'en est pas de même des accidents toxiques aigus, intéressant le système nerveux périphérique, et les ouvrages de pathologie interne récents ou les traités de neurologie n'en font pas mention. Ils méritent cependant d'être tirés de l'oubli.

Cependant il existe déjà dans la littérature médicale quelques cas de polynévrite qui, très vraisemblablement, doivent être rapportés à cette intoxication. Le premier en date est celui de Ketli, qui rapporta une observation de paralysie ascendante, puis les cas de Forestier, de Leyden, de Gilbert et Nolda. Nous avons eu l'occasion d'observer coup sur coup trois malades atteints de polynévrite hydrargyrique.

Le premier est un garçon tonnelier atteint d'une épидидymite blennorrhagique qu'un pharmacien traita par un sirop et des pastilles à base de mercure, ainsi que le démontra l'analyse chimique. Au bout de quelques jours de traitement, cet homme fut pris de douleurs extrêmement vives dans tous les membres et dans le tronc, puis survint l'impotence fonctionnelle absolue et une atrophie musculaire très marquée. Cet état grave persista pendant une huitaine de jours, puis les accidents rétrocédèrent lentement et le malade put quitter l'hôpital deux mois et demi après son entrée.

Le second malade est un voyageur de commerce atteint d'un chancre syphilitique et soumis à un traitement mercuriel intensif.

Quelque temps après le début de ce traitement, alors que tous les accidents spécifiques avaient rétrocedé, il éprouva des douleurs très vives dans toutes les masses musculaires.

Il entra alors à la clinique; son état s'améliorait, lorsque, sans motif apparent, survint une rechute; l'impotence fonctionnelle s'accentua, devint absolue, il s'y joignit quelques troubles de la phonation, de la déglutition et aussi des modifications de l'état psychique; atrophie musculaire presque totale. Cet état persista pendant un mois; puis les accidents s'amendèrent, le malade quitta le service étant encore dans un état très précaire, mais deux mois plus tard, la guérison était presque complète.

Le troisième malade est un surveillant de travaux de chemin de fer, surmené, physiquement, qui, un mois après le traitement spécifique, éprouva un mouvement fébrile, de la stomatite, de la diarrhée, puis des douleurs très vives dans les mollets, exaspérées par la pression, de la diminution du réflexe patellaire; traces d'albumine dans l'urine; les accidents s'amendèrent rapidement par simple suspension du traitement et le repos.

Expérimentalement, nous avons pu déterminer chez le lapin la paralysie du train postérieur par intoxication hydrargyrique massive.

En somme, ces polynévrites dues à l'intoxication hydrargyrique aiguë ou subaiguë paraissent former un groupe pourvu de caractères dont quelques-uns sont nettement opposés à ceux que Letulle a assignés, aux névrites périphériques de l'hydrargyrie chronique.

Polynévrite aiguë.

Généralisée.

Atrophie musculaire très prononcée, souvent presque totale.

Pas de R. D.

Diminution des réflexes tendineux.

Coexistence de troubles sensitifs et moteurs.

De ces observations, on peut tirer également une conséquence pratique.

Le système nerveux de certains individus est, en raison de certaines conditions, préparé par l'hérédité, par le surmenage ou par l'idiosyncrasie et exceptionnellement sensible à l'action du mercure; on devra donc toujours, au début du traitement de la syphilis, à moins de se trouver en présence de cas d'une gravité exceptionnelle, où une médication énergique doit primer toute autre considération, étudier d'abord la tolérance du malade pour les préparations hydrargyriques.

Névrite chronique.

Partielle, circonscrite ou disséminée.

Absence d'amyotrophie.

Persistance de la contractilité galvanique ou faradique.

Conservation des réflexes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1895

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — *A propos du procès-verbal* : Note à propos du malade lupique présenté par M. Darier, par M. BARBE. — De l'hydrocystome, par M. G. THIBIERGE. (Discussion : MM. HALLOPEAU et THIBIERGE.) — Un cas de laderie, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. DU CASTEL, DARIER, BESNIER.) — Épididymite syphilitique secondaire, par M. J. DARIER. — Gomme du vagin, par MM. FOURNIER et CADOL. (Discussion : MM. VERCHÈRE, DU CASTEL, FOURNIER, BARTHÉLEMY, BESNIER, L. WICKHAM, MAURIAC, MOREL-LAVALLÉE, JULLIEN, FEULARD. — Syphilis héréditaire de deuxième génération, par M. GASTOU. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, VERCHÈRE, DU CASTEL, THIBIERGE, BARTHÉLEMY, GASTOU, FOURNIER, BESNIER.) — Maladie de Pajet, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DARIER, WICKHAM.) — Sur une ichtyose avec hypotrophie simulant une sclérodémie, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. (Discussion : MM. BROCC, BESNIER, JEANSELME, THIBIERGE.) — Traitement du phagédénisme du chancro simple par la solution forte de tartrate ferri-potassique, par MM. HALLOPEAU et MACREZ. (Discussion : MM. JULLIEN, HALLOPEAU.) — Pratique courante des injections de calomel, par M. FEULARD. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, MAURIAC, JULLIEN, VERCHÈRE, FEULARD, THIBIERGE, DU CASTEL.) — Note sur un procédé propre à l'hématologie et à l'héματο-thérapie, par M. JULLIEN. — Examen histologique du cas de lichen scrofulosorum de M. Feulard, par M. LEREDDE. — Observation et étude histologique d'une forme rare de sarcomatose cutanée, par MM. PERRIN (de Marseille) et LEREDDE.

Ouvrages offerts à la Société.

Correspondance imprimée.

Traitement de la syphilis, par CHARLES MAURIAC, un vol. in-8°, Paris, Masson, 1895.

Sur l'éléphantiasis congénital, par MONCORVO.

Contribucion al estudio de la sífilis hereditaria tardia. Thèse de M. LOUIS GORDILLO, in-8°, Buenos-Aires, 1895.

Clinical notes on psoriasis, par DUNCAN BULKLEY, 1895.

Comptes rendus de la Société de syphiligraphie et de dermatologie de Moscou, année 1893-94.

La Presse médicale roumaine.

Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Saint-Paul (Brésil).

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

Note à propos d'un malade lupique présenté par le D^r Darier.

Par M. BARBE.

M. le D^r Besnier avait fait remarquer que, chez cette malade, toute tentative de traitement local du lupus situé sur le tégument externe avait jusqu'alors complètement échoué.

Ne pourrait-on pas, dans les cas de lupus rebelles à tout traitement, et avec le consentement des malades, essayer de provoquer un érysipèle salulaire ? Assez nombreux déjà sont les cas rapportés par les auteurs où un érysipèle, développé spontanément au niveau d'un lupus de la face, par exemple, aurait été suivi de la guérison de celui-ci.

Au commencement de 1894, un tel cas s'est présenté à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine : il s'agissait d'un lupus vulgaire à petits foyers disséminés sur toute l'étendue de la face, qui était traité consciencieusement à l'aide du galvano-cautère depuis plusieurs mois, avec un résultat médiocre. Un beau jour, le malade ne revint plus pendant quelque temps. Quand il reparut, il annonça qu'il venait d'avoir un érysipèle et qu'il était guéri ; en effet, sa face était transformée, ne présentait plus aucun nodule lupique, seulement de très légères cicatrices. Ce que n'avait pu faire le galvano-cautère, ni aucun autre traitement, le streptocoque l'avait fait.

Eh bien, ne pourrait-on pas essayer d'inoculer ce streptocoque ? Cette inoculation d'un érysipèle, qui aurait été des plus dangereuses autrefois, pourrait être tentée maintenant qu'on a le pouvoir d'atténuer les cultures microbiennes et surtout qu'on est en possession du sérum antitoxique de l'érysipèle, à l'aide duquel on pourrait modérer le processus de la maladie inoculée, si celle-ci dépassait les limites du lupus. Sans aucun doute, ces essais ne seraient pas sans présenter des dangers, mais peut-être avec les progrès de la bactériologie pourrait-on arriver à les éviter.

De l'hidrocytome.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

Voir page 978.

M. HALLOPEAU. — Si cette éruption siégeait à la plante des pieds ou à la paume des mains, on porterait sans hésitation le diagnostic de dyshidrose.

M. THIBIERGE. — Les éléments éruptifs de la dyshidrose sont moins durs, moins persistants. Ils se rompent spontanément, donnent lieu à une desquamation ou à une exsudation de liquide ; l'affection ne se limite pas exclusivement au visage et ne se reproduit pas régulièrement pendant des années.

Un cas de ladrerie.

Par J. DARIER.

Cette jeune brunisseuse, âgée de 23 ans, que j'ai soignée dans le service de M. E. Besnier (1), jouissait d'une excellente santé lorsqu'elle s'est aperçue, il y a de cela environ dix-huit mois, qu'il lui venait à l'avant-bras droit, une petite tumeur du volume d'un noyau d'olive. Cette tumeur, sous-cutanée et mobile, n'a pas augmenté de volume et ne s'accompagnait d'aucune rougeur de la peau. Un mois après, une deuxième tumeur semblable apparut en un point symétrique de l'avant-bras gauche.

Depuis lors, peu à peu et insidieusement, des tumeurs identiques se sont développées, au nombre d'une vingtaine ; on en compte sept sur les membres supérieurs, six sur les épaules et le cou, six sur le tronc, deux seulement sur les membres inférieurs. Dans le cours du mois dernier la malade en a vu survenir quatre nouvelles dont une dans l'épaisseur de la joue droite, à égale distance de la peau et de la muqueuse, dans le muscle buccinateur probablement ; une autre sur la hanche droite, deux enfin sous le sein gauche.

Toutes ces tumeurs ont à peu près uniformément le volume d'un haricot, d'un noyau de cerise ou d'un pois ; elles sont plus ou moins profondément sous-cutanées, siégeant les unes évidemment dans l'hypoderme, les autres dans le plan musculaire superficiel ; elles sont dures et présentent un degré de mobilité variable en rapport avec leur siège ; les tumeurs sous-aponévrotiques deviennent immobiles quand on fait contracter le muscle correspondant ; plusieurs ont paru se déplacer lentement et très légèrement dans le sens de la direction des fibres musculaires. La peau n'est pas modifiée à leur niveau. A part une sensation douloureuse très légère, qui attire l'attention de la malade au moment de leur développement, ces tumeurs sont tout à fait indolentes ; une seule a fait exception, celle de l'avant-bras droit, ce que la malade attribue aux efforts nécessaires dans son métier.

Cette jeune fille étant venue à la consultation de l'hôpital St-Louis au mois de juillet dernier, il ne semble pas qu'aucun diagnostic ait été fait ; on lui ordonna de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer, puis de l'arséniate de soude. Elle nous fut présentée il y a deux mois par mon collègue et ami M. Morel-Lavallée, et entra à la salle Alibert.

En raison des caractères de ces tumeurs, de leur mode d'apparition, de l'absence d'autres symptômes cutanés, on ne pouvait songer ni à des gommès, ni à des neuro-fibromes, ni à des kystes glandulaires, des sarcomes ou des lipomes ; le diagnostic de *cysticerques* se présentait immédiatement à l'esprit. L'examen microscopique l'a rendu indiscutable ; mais dès la première fois que je vis la malade, lui ayant demandé si elle n'avait pas un *ténia*, je fus confirmé dans mon hypothèse par sa réponse affirmative.

(1) Cette observation est rédigée en grande partie d'après les notes de M. Tardif, externe du service, que je remercie ici.

C'est il y a dix-huit mois, à l'époque de l'apparition de la première tumeur, qu'elle remarqua pour la première fois qu'elle rendait des anneaux de ver solitaire avec ses selles. Le fait se reproduisit très rarement dans ces derniers temps ; pourtant il y a quinze jours, elle nous a présenté des proglottides de *tænia solium* qu'elle avait évacués.

La malade est assez nerveuse et émotive ; elle dit que, dès avant et depuis l'apparition des tumeurs, elle a éprouvé quelques malaises : des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des obnubilations passagères de la vue, des tremblements, une sensation de boule remontant à la gorge, et quelquefois une faiblesse et un engourdissement d'un côté du corps. Il n'y eut pourtant ni crises, ni troubles permanents permettant de soupçonner l'existence d'une tumeur intracrânienne ; il n'y a pas non plus de stigmates hystériques ; il s'agit probablement de simples troubles sympathiques. Sauf quelques crampes d'estomac, les fonctions digestives sont normales.

J'ai dit déjà que l'examen microscopique de deux tumeurs excisées avait fourni la preuve péremptoire qu'on se trouve en présence de cysticerques. En effet, elles sont constituées par une membrane externe fibro-vasculaire et une membrane interne, demi-transparente, chargée de granulations très fines, renfermant un liquide clair comme de l'eau. Sur cette membrane interne on remarque un petit bourgeon blanc opaque, d'environ un millimètre et demi de diamètre ; c'est le réceptaculum, dans lequel se trouve repliée en anse, une tête de *tænia* invaginée ; on peut la voir par transparence ou la faire sortir par déchirure du réceptaculum. Sur les préparations que je présente, et dont l'une est due à M. Bize, interne du service, on reconnaît un scolex, muni d'une couronne de crochets et de quatre ventouses, supporté par un col assez long. On a donc affaire au *cysticercus cellulosæ* de la laderrie du porc, forme vésiculeuse du *tænia solium*. C'est du reste la règle absolue dans les cas de laderrie de l'homme ; Leuckart affirme qu'il n'y pas une seule observation probante de cysticerque du *tænia* inerme dans l'espèce humaine.

Il me reste à donner quelques renseignements sur l'étiologie probable dans ce cas et sur le traitement. Assez fréquente dans certaines régions de l'Allemagne, puisque d'après les statistiques on constaterait des cysticerques dans 1,3 à 2 p. 100 des autopsies, la laderrie paraît rare chez nous ; c'est, pour ma part, le premier cas que j'observe. On sait que pour que se développent des cysticerques, il faut que des œufs de *tænia solium* arrivent dans l'estomac où le suc gastrique dissout leur enveloppe et met en liberté l'embryon hexacanthe. Étant invisibles à l'œil nu, des œufs peuvent être absorbés avec la boisson ou avec des aliments crus par des personnes atteintes de *tænia* ou par celles qui les entourent, dans certaines conditions de propreté insuffisante. Mais on répugne à admettre cette explication lorsqu'il y a un très grand nombre de cysticerques ; or on en a compté des centaines sur

un même sujet, mille dans un cas de Lancereaux, plus de deux mille dans un cas de Bonhomme (Soc. de biol., 1864) ! Il faudrait qu'un proglottide entier ait été avalé, ce qui doit arriver rarement. Mais une autre interprétation est plausible, celle d'une auto-infection par les voies internes, lorsque le sujet est atteint d'un tœnia dont un anneau a pu remonter dans l'estomac et y être digéré. J'ai été surpris de lire dans Leuckart (*Die Parasiten des Menschen*) qu'il n'y que 27 cas connus de coexistence du tœnia et de la ladrerie ; il est vrai que le tœnia peut être expulsé tandis que la ladrerie reste. Notre malade est un exemple de cette coexistence, et la pathogénie que je viens d'indiquer est ici admissible. Quant à l'origine de son tœnia, nous n'avons pu la retrouver ; elle ne se souvient pas d'avoir mangé du porc cru ou insuffisamment cuit ; mais on conçoit qu'elle puisse l'avoir oublié.

Le traitement institué, après l'excision de deux tumeurs en vue de confirmer le diagnostic, a consisté dans la ponction aspiratrice de quelques tumeurs ; cette petite opération est difficile et n'a donné de résultat que lorsqu'on a pu vider complètement le kyste. Sur le conseil de M. Besnier, M. Bize a pratiqué un certain nombre de ponctions électrolytiques ; les piqûres avec huit à dix milliampères ont réussi lorsqu'elles ont été faites avec le pôle positif ; celles avec le pôle négatif ont paru donner plus d'insuccès. Enfin il importait de chasser le tœnia : la malade avait pris précédemment de la racine de grenadier ; nous avons administré du kousso, puis récemment la peltiérine suivie d'un purgatif, à la dose et avec les précautions préparatoires qui sont indispensables ; mais nous n'avons pas réussi jusqu'ici à provoquer l'expulsion totale du parasite.

M. DU CASTEL. — Les kystes ont-ils pu être extraits facilement ? Souvent ils sont situés très profondément, plus même qu'on ne le croit.

M. DARIER. — M. Bize, interne du service, qui s'est chargé de ces petites opérations, m'a dit en effet avoir eu de la peine, car ces kystes étaient très profonds.

M. BESNIER. — Les matières fécales contenaient-elles des œufs ?

M. DARIER. — J'en ai cherché, et n'en ai pas trouvé.

Épididymite syphilitique secondaire.

Par J. DARIER.

Le malade que je vous présente est atteint d'une affection des testicules de nature discutable, mais dont je crois cependant le diagnostic possible.

C'est un homme de 31 ans, entré il y a quelques jours dans le service

de M. Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer. Il est de constitution très vigoureuse, de bonne santé habituelle et fait quelques excès de boisson, sans pourtant s'en ressentir.

Au commencement de septembre il contracta la syphilis ; il remarqua sur le gland une petite ulcération non douloureuse qui s'indura, persista plus d'un mois et a laissé une cicatrice indurée encore des plus nettes.

Vers le 15 octobre environ apparut la roséole qui attira peu son attention et dont il reste quelques vestiges très reconnaissables. En outre, des adénopathies indolentes et multiples, des plaques muqueuses amygdaliennes, un peu de céphalée, sont des symptômes suffisants pour apporter la preuve qu'il s'agit bien de syphilis, mais d'une syphilis à début relativement bénin. Le malade ne prit qu'un traitement qu'il alla demander à un charlatan connu.

Au commencement de novembre, il éprouva une douleur au niveau des bourses, sans qu'il y ait eu de traumatisme ou de froissements de ces parties ; il remarqua un soir que ses testicules étaient un peu gros et douloureux à la pression, et que des deux côtés ils paraissaient être le siège d'une tumeur.

Ayant consulté à l'hôpital Saint-Louis, on lui ordonna des pilules de protoiodure, dont il prit une quinzaine. Le 9 novembre, il fut admis à la salle Devergie.

A l'examen des bourses, on constate qu'il n'y a aucune altération de la peau, ni cicatrice, ni trajet fistuleux ; les testicules sont libres dans la vaginale qui ne renferme aucun liquide épanché. Au palper, on constate que des deux côtés c'est dans les épидидymes que se trouvent presque exclusivement les lésions.

Elles consistent dans la présence, au niveau de la queue et surtout de la tête de ces organes, d'un certain nombre de noyaux durs, arrondis, un peu saillants, du volume d'un gros pois environ, dont la pression ne réveille qu'une douleur bien vague.

A gauche, il y a trois noyaux dans la tête de l'épididyme qui, de ce fait, est assez augmentée de volume ; un autre noyau saillant vers le milieu de l'organe près de la queue ; dans la queue même, deux ou trois noyaux confluent.

A droite, le testicule est inversé et l'épididyme, qui est donc en avant, renferme dans sa tête trois ou quatre bosselures du volume d'un demi-pois, reposant sur une base commune ; il y en a autant au niveau de la queue qui est séparée de la tête par une portion indemne.

Les testicules, peut-être un peu volumineux, ont la consistance élastique normale ; au palper, on trouve sur chacun d'eux, sur leur face externe, en un point de leur bord répondant à la partie moyenne de l'épididyme, une petite induration mal limitée.

Le cordon spermatique est normal à gauche ; à droite, il semble que la partie tout à fait inférieure du canal déférent soit très légèrement renflée.

De quelle nature sont ces lésions ?

A première vue on peut, éliminant toutes les tumeurs, restreindre le champ des hypothèses aux néoplasies infectieuses.

Il ne peut être question d'épididymites blennorrhagiques, ou plutôt de leurs vestiges, les noyaux n'étant pas cantonnés dans la queue de l'épididyme et surtout le malade n'ayant pas et n'ayant jamais eu de blennorrhagie.

Il s'agit vraisemblablement ou de nodules syphilitiques ou de nodules tuberculeux. Il m'a semblé que le diagnostic devait s'appuyer sur trois ordres de considérations :

1° *Caractères objectifs des lésions.* — Les nodules sont multiples, il y en a 6 ou 8 de chaque côté et leur volume est à peu près égal pour tous; ils sont remarquablement peu douloureux; ils ne provoquent aucune réaction de voisinage. Un fait très frappant, c'est que la vaginale est saine; l'épididyme, altéré autant que je l'ai dit, conserve sa mobilité normale sur le testicule et le sillon qui sépare les deux organes est parfaitement libre; je ne crois pas qu'il en serait ainsi avec des tubercules aussi nombreux et de ce volume.

2° *Évolution des lésions.* — Le malade affirme que ses testicules étaient parfaitement normaux il y a quinze jours, trois semaines au plus. Est-il possible d'admettre que des tubercules aient atteints un pareil volume, et un volume aussi uniforme, en un si court espace de temps ?

3° *Antécédents et coïncidences pathologiques.* — Nous avons recherché la tuberculose dans la famille et n'avons rien trouvé, sinon qu'un frère serait mort du carreau à l'âge de 7 ans. Le malade lui-même est sujet aux angines et aux enrouements; mais il n'a jamais eu d'affection pulmonaire, d'hémoptysie, même de bronchite; il n'a pas de sueurs nocturnes et n'a pas maigri. L'auscultation de la poitrine ne révèle absolument rien d'anormal.

Un intérêt particulier s'attachait à l'examen des autres parties de l'appareil génital; j'ai dit qu'il y avait des deux côtés une induration légère au bord supérieur des testicules eux-mêmes, que le canal déférent est peut-être un peu tuméfié à son extrémité, mais à un très faible degré. Le toucher rectal pratiqué avec soin, et que notre maître M. Fournier a bien voulu pratiquer aussi lorsque nous lui avons présenté le malade, révèle que la prostate est un peu grosse; mais sûrement elle est symétrique, non bosselée, et ne renferme aucun noyau induré. Les vésicules séminales paraissent tout à fait souples et normales au doigt qui les palpe.

En revanche, cette épididymite double a apparu nettement et brusquement deux mois après le début d'une syphilis, avant l'effacement de la roséole.

Tout ce qui précède convie à repousser l'idée de tuberculose épididymaire et à admettre le diagnostic d'épididymite syphilitique.

On connaît depuis le travail de Dron, en 1863, confirmé par Tantturr, en 1872, et par nombre d'auteurs depuis, cette épididymite

secondaire qui, pour n'être pas très fréquente, est pourtant décrite dans tous les traités. On enseigne qu'elle a un début insidieux, rarement brusque et douloureux, qu'elle affecte le plus souvent les deux épидидymes, surtout la tête, rarement la queue et plus rarement encore les testicules et les canaux déférents ; cependant ces dernières localisations ont été rencontrées. On ajoute qu'elle consiste en la présence de nodules durs dans des épидидymes d'ailleurs sains ; qu'elle laisse intacts la vaginale et la rainure qui sépare la glande de son annexe. On dit aussi qu'on l'observe de préférence dans les véroles graves à manifestations multiples ; ce n'est heureusement pas le cas ici.

La meilleure démonstration qui pourra être donnée de l'exactitude du diagnostic sera fournie par l'efficacité du traitement spécifique, surtout de l'iodure. Je compte compléter mon observation à ce point de vue dans une prochaine séance.

Gomme du vagin.

Par M. FOURNIER.

Il est généralement admis que les gommages du vagin sont exceptionnelles : on les considère même comme hypothétiques. Elles sont en effet très rares, mais existent cependant et cela incontestablement. En voici un superbe exemple. Mon externe, M. Cadol, vous donnera l'observation au complet.

Cette femme était porteur de syphilides serpiginieuses pour lesquelles nous la soignons, lorsque notre attention fut attirée vers le vagin par des douleurs sourdes dans le bas-ventre et à la miction. L'urine la brûlait, disait-elle, à chaque miction. Le spéculum ayant été appliqué, nous avons découvert à 4 centimètres de l'urèthre, sur la paroi antérieure de l'urèthre, une ulcération creuse, une géode dans laquelle on aurait pu cacher une assez grosse noisette ; au toucher, l'extrémité du doigt s'enfonçait aisément dans cette cavité. Cette ulcération avait les bords à pic et le fond bourbillonneux jaunâtre. Il était difficile de ne point conclure à une gomme de la paroi supérieure du vagin et le traitement nous donna raison. En 15 jours toute trace d'ulcération avait disparu.

Un cas de gomme syphilitique de la paroi antérieure du vagin, recueilli dans le service de M. le Pr FOURNIER, par M. CADOL, externe du service.

Si la littérature syphiliographique est relativement riche en observations de gommages des grandes lèvres et d'ulcérations tertiaires du museau de tanche, en revanche elle est extraordinairement pauvre en

relations de gommages vaginales, et il faut feuilleter bien minutieusement les annales de la syphilis, pour y retrouver les quelques rares faits ayant trait à cette localisation spéciale du tertiariisme. Il semble donc intéressant et utile de venir ajouter un fait de ce genre au nombre si restreint d'observations déjà parues, et dont la localisation constitue une rareté.

Il s'agit d'une malade, la nommée J. D..., âgée de 29 ans, ayant contracté la syphilis il y a 12 ans. Dès le début, de par les antécédents héréditaires de la malade (père alcoolique, mère tuberculeuse) et aidée par cet autre facteur de gravité, accidents scrofuleux de l'enfance, la syphilis revêtit un caractère particulièrement malin, qui se manifesta, six semaines après l'apparition du chancre vulvaire, par l'écllosion de syphilides papuleuses et papulo-croûteuses généralisées. — Néanmoins, après un séjour d'environ deux mois à l'hôpital, la malade partit en apparence guérie et quitta tout traitement. Enceinte deux ans après, elle mit au monde un enfant qui ne vécut que trois jours, sans cependant qu'elle même à ce moment présentât aucune lésion spécifique. Un an après, éclata toute une série de lésions tertiaires. Des gommages syphilitiques ulcérées à tendances phagédéniques et serpiginieuses évoluèrent à des régions diverses : tendon d'Achille, sein, région cervicale, joues, front, ailes du nez, queue du sourcil, cuir chevelu. Depuis cette époque, et malgré le traitement que la malade continuait à suivre en dehors de ses séjours à l'hôpital, les ulcérations récidivèrent in situ, serpiginieuses et envahissantes, arrêtées dans leur marche par le traitement intensif.

Au mois d'avril 1891, la malade fut présentée à la Société de dermatologie et au Congrès qui siégeait à Paris.

Après une période de 7 ans de ces poussées successives, ces ulcérations guérissent, laissant à leur place des cicatrices kéloldiennes blanchâtres, gaufrées, rétractées. Puis il y eut dans l'évolution de la maladie une période de repos qui dura deux ans.

Enfin le 20 juillet 1895 la malade entra de nouveau dans le service de M. le professeur Fournier pour des lésions tertiaires de la vulve. Elle présentait une ulcération gommeuse de la face interne de la grande lèvre droite et appela l'attention sur une douleur qu'elle localisait dans l'intérieur du vagin. Cette douleur, sourde pendant le repos et le décubitus dorsal, était plutôt une gêne qui s'accroissait, devenait lancinante pendant la marche. La miction était extrêmement douloureuse, s'accompagnait d'épreinte et de ténésme, et produisait une douleur cuisante que la malade comparait à la brûlure d'un fer rouge qui aurait été introduit dans le vagin. A tel point que malgré de fréquentes envies d'uriner la malade se retenait, redoutant le retour de cette douleur aiguë qui diminuait progressivement d'intensité après la miction.

Le toucher vaginal permit de constater la présence sur la paroi antérieure du vagin d'une élévation indurée présentant à son sommet une dépression dans laquelle se logeait facilement la pulpe de l'index, et circonscrite par des bords surélevés, tranchants, frangés. Le toucher réveillait la douleur. L'attention appelée de ce côté, on disposa le spéculum de façon à laisser à découvert la paroi antérieure du vagin. Grâce à une valve de Sims introduite le long de la paroi postérieure du vagin et fortement réclinée en bas, la malade étant dans le décubitus dorso-lombaire, la paroi antérieure fit hernie en avant et permit de voir la lésion déjà perçue à l'aide du toucher. C'était une ulcération siégeant sur la colonne antérieure du vagin un peu à gauche de la ligne médiane, à quatre centimètres environ en arrière du méat urinaire. Analogue aux gommés syphilitiques des organes génitaux externes, elle se composait d'une tumeur surélevée, ulcérée, située au milieu d'une zone inflammatoire reposant sur une base indurée, délimitée par des bords nets, tranchants, taillés à pic, circonscrivant une ulcération d'aspect nummulaire taillée comme à l'emporte-pièce, avec un fond tomentueux, bourbillonneux, recouvert d'un enduit jaune verdâtre comparable à de la purée de pois secs.

Cette lésion était unique, la muqueuse entourant l'ulcération était enflammée, douloureuse. Le reste des parois vaginales et la surface externe du col utérin étaient indemnes, l'orifice d'entrée du méat ne présentait aucune lésion.

Cette localisation d'une gomme syphilitique est utile à retenir, puisque, lorsqu'il n'y a pas d'irradiation douloureuse du côté des plexus nerveux circum-vésicaux, elle peut évoluer en silence et donner lieu ultérieurement à des lésions très graves aboutissant, vu la minceur de la paroi vésico-vaginale, à une perforation de la vessie et à une fistule vésico-vaginale. Il faut ajouter que le traitement spécifique est, ici comme ailleurs, très rapidement efficace et que l'ulcération a cédé au traitement en 15 jours.

Femme, âgée de 29 ans. Pas de syphilis dans les antécédents héréditaires. Antécédents personnels : Scrofules dans l'enfance.

Le mari, âgé de 27 ans, mort quatre ans plus tard de tuberculose pulmonaire. Jamais la malade n'a remarqué qu'il eût une maladie vénérienne et qu'il présentât des lésions cutanées quelconques.

A 17 ans, elle eut une lésion *chancreuse* à la face interne de la grande lèvre droite. Traitement : sirop de Gibert.

Six semaines après le chancre induré : roséole ; angine érythémateuse ; plaques muqueuses bucco-pharyngées ; perte des cheveux et des cils ; violentes céphalées nocturnes dès le début. La roséole était mêlée à des syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, et l'on fit le diagnostic : *Syphilis maligne précoce*.

Traitement pendant six semaines seulement.

Puis, guérison apparente. Plus d'accident, cessation de tout traitement pendant trois ans.

A ce moment, c'est-à-dire en 1885, ulcération tertiaire du sein gauche. Céphalées violentes. Gommès ostéo-périostiques du cuir chevelu ulcérées. Gomme du tendon d'Achille, du pied gauche; puis, à la figure, gommès récidivantes, occupant le front, les ailes du nez, le menton, les sillons naso-géniens, la face inférieure du maxillaire inférieur, larges pertes de substance.

Séjour de trois mois dans le service de M. le professeur Fournier. Elle part guérie momentanément.

Traitement par l'iodure de potassium à haute dose.

Entre le premier et le second accident spécifique (et deux ans après le chancre induré).

Second enfant à l'âge de 19 ans. Mère bien portante.

Enfant présentant des syphilides sur tout le corps; mort trois jours après.

En 1887, la malade revient dans le service, présentant sur les seins, le visage, le cuir chevelu et le cou, des cicatrices kéloldiennes. A côté de ces cicatrices, gommès ulcérées, serpigneuses, avec larges pertes de substance. Traitement iodure de potassium. Séjour de six semaines à l'hôpital; cicatrisation.

13 avril 1889. Nouvelles ulcérations phagédéniques du visage, incessamment récidivantes.

Même traitement. Même durée de séjour. Cicatrisation.

Le 26 octobre 1889. Elle rentre avec syphilides ulcéreuses de la face, du cuir chevelu et de la joue droite. Syphilis serpigneuse du nez. Guérison. La malade a cessé le traitement quinze jours après son départ de l'hôpital.

15 mars 1890. Récidives in situ. — Syphilides ulcéreuses de la face, phagédéniques. Le reste du corps reste indemne.

2 août 1890. Récidives nouvelles de syphilides ulcéreuses, entamant toute la moitié droite de la lèvre supérieure; ulcération de la racine du nez et de la narine gauche.

11 avril 1891. Malgré continuation du traitement, récidives de syphilides ulcéreuses de la joue gauche.

M. Feulard fait des injections de sérum de chien. Bon effet des injections. On présente la malade à la Société de dermatologie et au Congrès siégeant à ce moment. Guérison.

A partir de ce moment, la malade continue le traitement régulièrement avec des alternatives de repos par suite d'intolérance gastrique.

Pendant quatre ans, aucun accident. Bonne santé.

20 mai 1895. Ulcération gommeuse de la grande lèvre droite.

Traitement. Iodure de potassium, 6 gr. Guérison.

Depuis cette époque la malade vient régulièrement tous les samedis à la consultation. Elle suit le traitement très régulièrement.

Le 22 juillet. Elle rentre de nouveau dans le service.

Le motif de son entrée est légitimé par une récidive in situ de la gomme ulcérée de la grande lèvre droite, qui avait motivé son dernier séjour à l'hô-

pital. En même temps la malade se plaint de ne plus entendre de l'oreille gauche, surdité qui ne concorde avec aucune lésion de la cavité nasopharyngienne ou de la trompe d'Eustache et qui ne s'accompagne d'aucune douleur ni écoulement d'oreille.

La gomme de la grande lèvre droite est ulcérée, douloureuse, à tendance serpigneuse, et s'accompagne de tuméfaction notable de la grande lèvre droite.

Symptômes fonctionnels. Quelques jours après son entrée dans le service de M. le professeur Fournier, la malade se plaint d'une douleur sourde, ou plutôt d'une sensation de gêne siégeant à l'intérieur du vagin.

Cette douleur sourde devient aiguë, lancinante, très vive, lorsque la malade se lève et marche.

Mais la douleur est intolérable à chaque tentative de miction.

Alors la douleur produit la sensation cuisante d'une brûlure qui siège-rait dans l'intérieur du vagin et dont le maximum d'acuité se ferait sentir au moment de l'émission de l'urine, pour diminuer progressivement après et devenir sourde et seulement gênante par la suite.

Toutefois la malade redoute les moments d'uriner et les espace le plus qu'elle peut.

La défécation ne s'accompagne d'aucune douleur.

État général. Peu d'appétit. Dégoût des aliments. Douleurs de ventre. Céphalées vespérales. Insomnie. Perte du sommeil. Soif vive.

Examen physique. A simple vue on n'aperçoit que l'ulcération gommeuse de la grande lèvre droite.

Le méat légèrement rougeâtre, enflammé, douloureux. Au-dessous et à l'entrée du vagin, légère tuméfaction.

Toucher vaginal. L'index introduit dans le vagin trouve des culs-de-sac libres et réveille le long de la paroi antérieure du vagin une douleur nettement localisée.

A quatre centimètres environ en arrière du vestibule, la pulpe de l'index sent une élévation douloureuse constituée par des franges indurées formant les bords très nets d'une lésion de la grosseur d'un noyau d'abricot et présentant à son centre une dépression dans laquelle se loge l'extrémité du doigt.

Une douleur vive est nettement réveillée lorsque le doigt presse le centre de l'élévation. Les tissus environnants sont douloureux aussi, mais bien plus légèrement.

Le reste de la paroi vaginale ne présente rien de spécial.

Spéculum. L'attention étant appelée du côté de la paroi antérieure du vagin, on introduit le spéculum Trélat de telle façon que les valves antérieure et postérieure répondent aux parois latérales du vagin et que la paroi antérieure de celui-ci soit nettement vue à travers l'écartement des valves du spéculum.

On voit alors nettement en arrière du méat urinaire, à trois ou quatre centimètres et le long de la paroi antérieure du vagin, un peu à gauche de la ligne médiane, une ulcération profonde développée aux dépens des fibres musculaires formant la colonne antérieure du vagin.

Cette ulcération gommeuse syphilitique siège sur une élévation frangée,

à base légèrement indurée, à bords nets, taillés à pic, à fond excavé, bourbillonneux, de coloration jaune verdâtre ; et suintant un liquide purulent d'odeur fétide.

Les tissus environnants sont enflammés, rouges, douloureux. On constate dans les sillons inguinaux quelques petits ganglions nombreux, durs, mobiles, indolores.

En introduisant le long de la paroi postérieure du vagin une valve de Sims et en écartant à droite et à gauche les grandes lèvres et les parois latérales du vagin, la paroi antérieure de celui-ci fait hernie en avant, et est suffisamment visible pour que l'on puisse en prendre le dessin et la photographie. On voit alors : le siège de l'ulcération, qui semble plus antérieur à cause du changement de rapports des plans, produit par la pose des valves postérieure et latérale ; la nature de la lésion qui l'a produite et tous les caractères qu'elle présente et qui sont ceux des ulcérations syphilitiques gommeuses de toutes les muqueuses.

Traitement. Iodure de potassium, injection de 0,05 centigr. de calomel tous les huit jours. Guérison au bout de quinze jours.

M. VERCHÈRE. — Ayant lu à l'ordre du jour le titre de la communication de M. Fournier, j'ai apporté, afin de vous le présenter, un moulage de gomme ulcérée du vagin. Il s'agissait d'une fille Blanche D..., âgée de 22 ans, qui me fut amenée le 23 août 1893 dans mon service de chirurgie de Saint-Lazare, pour une ulcération, de diagnostic incertain, siégeant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la paroi gauche du vagin.

Cette ulcération était survenue à l'insu de la malade, qui n'avait jamais ressenti de douleurs, et aurait continué sans scrupule et probablement sans danger son métier de fille, si on ne l'avait arrêtée lorsqu'elle se rendit à sa visite administrative au dispensaire de la Préfecture.

Dans ses antécédents on ne trouve absolument aucun renseignement. Elle nie avoir jamais eu aucun bouton qui lui puisse faire croire qu'elle ait eu un chancre ; jamais à ses visites elle n'a été arrêtée pour plaques muqueuses.

En l'interrogeant cependant, je suis frappé du son de sa voix caractéristique et nasonnée. Elle présente une perforation du voile du palais, qui s'est faite spontanément, dit-elle, sans sécrétion, sans symptômes locaux, il y a trois ans ; elle avait à ce moment 19 ans. Il n'y avait donc pas doute sur l'existence de la syphilis chez cette malade.

A l'examen du vagin, je découvris l'ulcération qui avait entraîné son internement ; mais de plus, à côté de cette ulcération, existait une autre petite perte de substance absolument semblable à la première comme aspect, mais des dimensions d'une lentille, comme vous pouvez le voir sur le moulage, tandis que l'autre logerait une noisette.

Ces ulcérations sont arrondies à bords franchement limités, en certains points bien marqués par un liséré rouge vif. Le fond est régulier, tapissé d'une sorte de matière. Les bords ne sont nullement décollés, nullement indurés, et le contact avec le spéculum n'est pas douloureux. La partie latérale gauche du col, à son extrémité est en rapport avec l'ulcération.

Je portai le diagnostic de gomme du vagin ne pouvant penser à une autre affection. Peut-être le chancre mou du vagin, pouvait-il revêtir un

aspect semblable. Mais la régularité de l'ulcération, sur fond grisâtre, les bords non décollés, non taillés à pic, malgré la présence des deux petites ulcérations voisines de la cavité principale, me confirmaient dans le diagnostic de gomme du vagin. Pour plus de certitude, je fis à la lancette, sur la paroi abdominale, une inoculation du pus pris au fond de l'ulcération. Celle-ci resta parfaitement négative.

La malade fut mise au traitement mixte. Friction d'onguent mercuriel et 6 gr. d'iodure par jour. Localement je pansai avec poudre d'iodoforme et tampon d'ouate iodoformée. Le résultat fut merveilleux et la transformation était complète en quelques jours. La cicatrisation fut parfaite et il ne reste aucune cicatrice, aucune induration qui permette de reconnaître le point où avait siégé la gomme du vagin.

M. DU CASTEL. — A-t-on pu, dans les cas rapportés, préciser le point d'origine, le lieu de formation de ces gommès ? Sont-elles nées dans les profondeurs ?

M. FOURNIER. — La gomme était déjà ulcérée quand nous l'avons observée.

M. BARTHÉLEMY. — Si les syphilides secondaires du vagin sont assez fréquentes, les syphilides tertiaires sont certainement des raretés. J'ai observé un cas de syphilide ulcéreuse de la muqueuse vaginale dans sa portion utérine ; le col était couvert d'une ulcération débordant sur les culs-de-sac, qui résista à tous les pansements locaux jusqu'au jour où, à cause de ses bords centrifuges et nettement tranchés et adhérents, je pensai à la syphilis tertiaire et donnai le traitement mixte qui guérit rapidement.

J'ai observé deux autres cas se rapportant aux faits cités par MM. Fournier et Verchère. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait eu la syphilis neuf ans auparavant et qui vint me trouver pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon qui siégeait dans l'épaisseur même de la cloison recto-vaginale. On la sentait par le toucher rectal comme par le toucher vaginal dans l'épaisseur de la cloison sans qu'elle ait encore intéressé les muqueuses ; elle était assez dure, lisse, ovulaire ; il n'y avait pas de fluctuation et seulement peu de douleurs.

Le traitement spécifique en eut raison, sans qu'elle ait le temps de s'ouvrir, dans l'espace de deux mois. La malade fut complètement guérie pendant huit mois. Une récurrence eut lieu alors qui nécessita un nouveau traitement mixte de deux mois. Un an après une troisième récurrence se fit et la malade dut se traiter pendant six semaines. Voilà cinq ans de cela, j'ai revu la malade plusieurs fois depuis, la guérison s'est maintenue.

Le troisième cas est relatif à une femme de 23 ans, nettement hérédo-syphilitique (j'ai traité le même jour des accidents typiques) qui eut une énorme gomme de la variété dite foudroyante. Née dans le tissu cellulaire sous-cutané entre le pubis et le vagin, elle se développa rapidement et s'ouvrit tout d'un coup, emportant la vulve, le clitoris, l'urèthre et la colonne antérieure du vagin où elle s'étala en vaste phagédénisme. Il fallut plus de dix mois du traitement local le plus assidu et le plus énergique en même temps que d'un traitement spécifique, à fortes doses (frictions et iodure). La guérison

fut obtenue enfin ; je m'en souviens d'autant mieux que la malade guérit, quitta Paris et disparut sans me remercier.

M. ERNEST BESNIER. — Dans les cas de *syphilides permanentes*, se reproduisant incessamment pendant un nombre indéfini d'années quand on interrompt le traitement classique, l'indication positive est de recourir à la voie hypodermique.

Il y a dix-huit mois, pendant qu'il me suppléait, M. Thibierge a soumis aux injections d'huile grise une malade que je soignais depuis quinze ans par la médication interne sans pouvoir arriver à une conclusion. Or, non seulement les syphilides ont guéri, mais *elles n'ont plus reparu depuis dix-huit mois*. En ville, j'ai donné des soins, avec M. Feulard, à une dame couverte de syphilides profondes, serpigneuses, perpétuelles, traitées depuis un grand nombre d'années par divers médecins dans des pays divers. Les injections de calomel pratiquées par M. Feulard ont amené rapidement un succès brillant, qui se maintient. Voilà donc, parmi les indications de la méthode hypodermique, un point important bien précisé.

M. WICKHAM. — J'ai eu fréquemment l'occasion de constater l'énergie supérieure des injections mercurielles, d'ailleurs non douteuse. Mais il y a des cas de syphilis rebelle récidivante, où les injections elles-mêmes échouent. Dans le service du professeur Fournier, une syphilis de moyenne intensité était traitée par les injections de benzoate de mercure, selon la formule de Stoukowenkof ; on injectait deux seringues par jour et après trente jours de ce traitement, soit soixante injections, le malade fut brusquement pris d'inflammation oculaire, condylome irien et iritis. Je fis une injection de calomel de 0,10. Au douzième jour, tout était rentré dans l'ordre et je me félicitai de l'énergie comparée du calomel, lorsqu'au quinzième jour, le malade fut pris d'une seconde poussée intense d'iritis. Pendant tout ce temps, les gouttes d'atropine avaient été continuées. J'avais un peu tardé à faire une nouvelle injection de calomel, parce que la première de 0,10 avait donné quelques signes d'intoxication. Je refis alors des injections de 0,05 tous les huit jours. Le malade en est à sa quatrième, et l'iritis n'est que légèrement combattue. Voilà donc un cas où après soixante injections de benzoate de mercure, plus une injection de 0,10 de calomel et trois de 0,05, toutes injections données en traitement suivi, la syphilis n'est point encore vaincue.

M. FEULARD. — La dose de 10 centigr. pour une injection de calomel, venant s'ajouter à des injections de benzoate de mercure faites déjà en grand nombre, était trop élevée et c'est pourquoi le malade a eu de l'intoxication et de la stomatite ; cette complication a été fâcheuse puisqu'elle a forcé à interrompre le traitement, et chez ce malade il semble qu'il faille toujours le maintenir quant à présent sous l'action thérapeutique ; des injections de 0,05 centigr. faites tous les huit ou dix jours, comme M. Wickham les a faites en dernier lieu, me semblent devoir donner de bons résultats.

M. MAURIAC. — Il y a des exemples de syphilis qui, bien que traitées énergiquement avec grande persistance, ne sont pas moins rebelles et graves à un certain moment de leur évolution.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Je puis signaler un cas imprévu et curieux dans lequel après traitement sans succès par injections, le retour aux simples pilules amena la guérison.

M. FOURNIER. — Il y a des syphilis qui résistent à tout. J'ai dans le service une jeune fille hérédo-syphilitique, atteinte gravement, chez laquelle tous les traitements possibles ont été pratiqués sans résultat.

M. BARTHÉLEMY. — En tous cas, en présence de cas graves, il faut toujours essayer le calomel en injections.

M. JULLIEN. — J'ai souvent dit (et je tiens à le répéter encore à l'occasion de cette discussion) qu'avec les injections de calomel, données dès le début de l'infection, on parvenait à annihiler presque entièrement la syphilis.

M. MAURIAC. — Il est difficile de se rendre compte du résultat de ces injections sur la gravité qu'aurait pu avoir dans la suite la syphilis traitée autrement. Il ne faut pas oublier qu'il y a nombre de syphilis qui à peine traitées guérissent parfaitement, presque spontanément.

M. JULLIEN. — Je sais bien qu'il y a des syphilis bénignes bien que non traitées ; mais pour établir mes conclusions je table sur les moyennes, et certainement celles-ci sont meilleures pour les séries traitées au calomel dès le début. Je dis plus, la physionomie de la syphilis est changée, ce ne sont plus les mêmes accidents, ce n'est presque plus la même maladie.

M. FEULARD. — La difficulté dans le choix de la méthode dès le début de la syphilis, réside toujours dans ce fait que rien ne peut indiquer au début quelle sera la gravité ultérieure de la syphilis.

M. MOREL. — Je dois dire aussi que dans les statistiques on comprend certaines localisations de la syphilis, comme une gomme cérébrale par exemple, dans la syphilis grave. La gravité pourtant ne réside là que dans la localisation ; elle peut survenir dans une syphilis à virus bénin. Une syphilis grave est une syphilis dont le virus a une malignité spéciale, comme par exemple dans ces cas où la peau est dès le début envahie par les syphilides ulcéreuses.

M. FEULARD. — La syphilis grave est la syphilis qui tue ; peu importe jusqu'à un certain point que le malade soit atteint de syphilides et de gommes cutanées si son système nerveux reste à jamais indemne. Ce qu'il faut redouter, n'est-ce pas pour l'avenir, la syphilis cérébrale ou ces terribles affections parasymphilitiques, la paralysie générale et le tabes. Or ne nous a-t-on pas dit et répété que ces accidents survenaient le plus souvent chez des malades dont la syphilis initiale avait été des plus bénignes, et chez des malades insuffisamment traités. Dès lors, quelle conduite

tenir? Ne convient-il pas de traiter la syphilis au début le plus énergiquement possible, et je crois avec M. Jullien que les injections de calomel au début du traitement donnent d'excellents résultats, et d'empêcher, en neutralisant le virus le plus possible, la production de ces toxines qui paraissent être la cause de ces accidents tardifs si redoutables et au-dessus, à ce moment, de notre pouvoir.

Syphilis héréditaire de deuxième génération.

Par M. PAUL GASTOU.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Fournier trois cas du plus grand intérêt au point de vue de l'histoire de la syphilis conceptionnelle et de la syphilis héréditaire.

Il s'agit de trois membres d'une même famille : la mère, la fille, la petite-fille, formant trois générations à l'origine desquelles on trouve la syphilis.

Voici les observations de ces trois malades.

Premier cas. — M^{me} C..., âgée de 53 ans, brodeuse, vient le 10 avril 1895, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption datant de quelques jours et disséminée sur tout le corps.

Cette éruption est surtout marquée aux extrémités inférieures. Elle se caractérise par des éléments groupés en cercle, de couleur cuivrée, légèrement squameux, dont les uns forment des saillies perceptibles au doigt et les autres sont simplement papuleux. L'éruption n'est pas prurigineuse, la configuration et la couleur font penser qu'il s'agit de syphilides papulo-tuberculo-squameuses circonscrites.

L'interrogatoire de la malade, la recherche des accidents pouvant dévoiler la syphilis restent infructueux, il s'agit très probablement d'une syphilis ignorée.

La malade ne se souvient pas d'avoir eu la moindre écorchure, la moindre plaie, pouvant par son évolution et ses caractères rappeler un chancre.

Mariée il y a vingt-six ans environ, elle a eu une fille qui est née à terme et s'est toujours bien portée, dit-elle. Depuis elle n'a plus eu d'enfants. Son mari est mort de bronchite chronique, avait fréquemment des éruptions et prenait de temps en temps de l'iodure.

Elle-même a été soignée pour de l'urticaire et à plusieurs reprises a présenté des poussées d'une affection prurigineuse qui guérissait par les bains d'amidon.

Cependant, vers le mois de septembre dernier, ayant consulté à Saint-Louis, on lui donna le traitement de la gale. En octobre, elle eut, dit-elle, au pli de l'aîne une petite tuméfaction qui forma abcès, s'ouvrit spontanément et dura quinze jours.

Elle ne se souvient pas d'avoir eu d'autres éruptions, d'angines ni de manifestations vulvaires.

Examinée avec soin, on ne trouve aucun stigmate ancien pouvant révéler la syphilis. Elle se plaint de douleurs dans les jambes. On ne trouve aucun signe médullaire : les réflexes sont normaux, les pupilles réagissent faiblement, il existe un léger myosis. Aucune altération viscérale.

Quoique ne trouvant pas la porte d'entrée de la syphilis, on soumet la malade à un traitement mixte : 2 pilules de Dupuytren et 3 gr. d'iodure par jour.

Au bout d'un mois et demi de traitement, vers la fin de mai, l'éruption a presque complètement disparu.

La malade est suivie depuis le mois de juin jusqu'à novembre ; les éléments tuberculo-squameux ont disparu, elle a à plusieurs reprises des poussées éruptives d'apparence lichénote et très prurigineuses dont elle souffre encore actuellement.

La rapidité avec laquelle la guérison de l'affection cutanée avait été obtenue par l'emploi du traitement spécifique, rendait le diagnostic de syphilis des plus probables, lorsque l'existence de cette syphilis et son origine devinrent évidentes dans le courant du mois d'octobre 1895.

A ce moment, la malade nous amena sa fille qu'elle nous avait dit être bien portante, et voici ce qui fut constaté :

Deuxième cas. — E..., 27 ans, brodeuse, vient, le 23 octobre, demander un traitement pour guérir des douleurs lombaires et se plaint que ses jambes enflent et qu'elle est facilement essoufflée.

On est frappé aussitôt de l'aspect de son nez qui est écrasé à sa racine et présente l'ébauche de la malformation nasale désignée par M. le Dr Fournier sous le nom de « nez en pied de marmite ».

Ce n'est pas, du reste, la seule malformation qu'elle présente : elle a des dents d'Hutchinson et sur ses molaires des atrophies cuspidiennes multiples. En outre, on constate une perforation de la cloison.

Interrogée sur ses antécédents, elle raconte avoir eu dans l'enfance des maux d'yeux et d'oreilles ayant duré de longs mois ; puis, à l'âge de 9 ans, on l'aurait traitée pendant trois mois par l'iodure de potassium pour des plaques muqueuses buccales.

A 16 ans, à la suite de maux de gorge violents, survint une perforation du voile du palais guérie par de l'iodure et un traitement mercuriel.

A la même époque se produisit l'affaissement de la racine du nez.

Depuis, elle a été bien portante, a mis au monde un enfant qui, dit-elle, n'a jusqu'à présent jamais été malade.

A la suite de sa couche, elle a eu une phlébite.

L'examen des viscères ne dénote rien de particulier, il n'y a pas traces d'albumine dans l'urine.

L'histoire de cette malade venait confirmer le diagnostic de syphilis fait chez sa mère.

La fille ayant une syphilis héréditaire tardive, des plus nettes, il s'agissait chez la mère d'une syphilis conceptionnelle, datant de 26 ans environ.

En interrogeant notre deuxième malade, elle nous avait dit avoir une petite fille bien portante; mais en insistant, elle nous avoua que cette enfant était née avec une difformité du bras gauche.

Cette enfant fut présentée dans le service le 6 novembre 1895.

G..., Agée de 3 ans, est une enfant présentant les apparences d'une bonne santé; elle n'a du reste jamais été malade. Ni écoulements d'oreilles, ni maux d'yeux, ni éruptions d'aucune sorte.

Mais en la déshabillant, on constate sur le bras gauche une malformation tout à fait particulière.

Au-dessous de l'articulation du coude gauche, le bras se termine par un véritable moignon. On dirait que l'enfant a subi une amputation, tellement la cicatrice est nette, comme si elle eût été formée de lambeaux savamment taillés.

Les deux tiers inférieurs de l'avant-bras manquent et ont toujours manqué. L'enfant est venue ainsi au monde.

Il s'agit d'une véritable amputation congénitale. Ce qui reste du bras est bien conformé, il en est de même de tout le squelette, sauf cependant l'existence de bosses frontales saillantes.

Pas de malformations viscérales. On note la présence d'une glossite exfoliatrice marginée dont le début est déjà ancien.

Cette série d'observations est du plus haut intérêt et confirme l'enseignement de mon maître, M. le professeur Fournier, sur l'influence dystrophique de la syphilis.

Mais ici, non seulement, la syphilis a fait à la première génération les lésions de l'hérédo-syphilis tardive, mais encore à la seconde génération elle a créé la malformation, la difformité congénitale.

Dans l'un et l'autre cas, chez la fille et la petite-fille l'influence de la syphilis ne s'est pas manifestée en créant des lésions de nature syphilitique, elle a fait une lésion d'ordre plus général, elle a fait des lésions non pas de nature mais d'origine syphilitique, elle a fait en un mot des lésions parasyphilitiques.

M. le professeur Fournier a longuement insisté sur l'existence de ces lésions parasyphilitiques, se produisant non seulement dans la syphilis acquise, mais encore dans la syphilis héréditaire.

Les observations ci-dessus montrent que l'influence de la syphilis peut aller encore plus loin et faire dans les générations successives des troubles et des arrêts de développement, des malformations congénitales.

On objectera sans doute que rien ne prouve que ce soit la syphilis qui soit en cause ici! que d'autres maladies infectieuses ou chez les ascendants peuvent produire de pareilles malformations!

Pour ce qui est des maladies infectieuses, l'accord est facile à faire, mais la syphilis est-elle autre chose qu'une maladie infectieuse? Y a-t-il un grand nombre de maladies infectieuses, dont les toxines aient à longue échéance une influence aussi considérable? Y a-t-il enfin une maladie infectieuse dont les effets soient aussi dystrophiques et agissent à un degré égal sur l'évolution de l'individu et de ses descendants. Effets dystrophiques tellement considérables qu'il peuvent aller jusqu'à la difformité congénitale, à la monstruosité, c'est-à-dire : jusqu'à la déviation grave du type spécifique, complexe, apparente à l'extérieur et congénitale, ainsi que le dit Isidore Geoffroy Saint-Hilaire en parlant de la tératologie.

Peut-on, au surplus, trouver dans l'existence même de la syphilis dans la famille les raisons de cette amputation congénitale.

Il nous suffit d'invoquer le témoignage des Geoffroy Saint-Hilaire, des Dareste, de tous les auteurs qui ont essayé de découvrir la cause des malformations congénitales ou de les reproduire?

Quelles causes sont invoquées pour expliquer ces malformations?

Il y en a trois principales :

1° Les altérations de l'amnios où ses arrêts de développement entraînant des compressions (Dareste) ;

2° Les adhérences ou brides placentaires et amniotiques (Geoffroy Saint-Hilaire) ;

3° Les altérations pathologiques du fœtus (Lannelongue).

La syphilis est-elle capable de produire ces causes? Elle les produit et fréquemment, il suffit de parcourir l'histoire des lésions syphilitiques, non seulement dans les travaux des syphilographes, mais encore des accoucheurs, des médecins d'enfants, des chirurgiens, pour avoir la preuve que la syphilis fait des altérations de l'amnios, du placenta, du fœtus.

La syphilis fait : l'hydramnios, les brides placentaires et amniotiques, la macération fœtale : toutes causes d'avortement, de dystocies et de malformations congénitales.

La doctrine de la parasymphilie créée par M. le professeur Fournier reçoit une nouvelle confirmation de l'étude de ces faits qui font la preuve une fois de plus de l'influence dystrophique de la syphilis.

M. L. JACQUET. — Sans me prononcer sur la valeur absolue de l'observation de M. Gastou je pense qu'il a eu grand'raison de poser la question de l'hérédo-syphilis à la deuxième génération, et pour ma part je crois en avoir observé un exemple incontestable dans le service de M. Proust que j'avais l'honneur de suppléer. Il s'agit dans ce cas d'une femme d'une cinquantaine d'années, entrée dans le service pour des arthropathies déformantes des genoux et des mains. Le diagnostic nosologique de ces arthropathies me parut difficile; toutefois, trouvant chez cette femme d'indéniables stigmates d'hérédo-syphilis (lésions dentaires accompagnées de fissures

labiales et narinaires, exostose médio-palatine, etc.), je crus pouvoir les considérer avec quelque vraisemblance comme parasyphilitiques; quoi qu'il en soit, cette femme ayant deux enfants, je demandai à les voir; or tous les deux étaient atteints de façon plus que suspecte: tibias incurvés, déformations crâniennes, lésions dentaires, etc., et chez tous deux exostose médio-palatine très nette.

J'insiste sur cette dernière lésion: c'est une des plus fréquemment observées dans les familles de syphilitiques et une des plus *héréditairement transmissible*. J'ai vu une famille où le père en étant atteint, ses cinq enfants la portaient de façon très nette et je viens de la constater chez la petite malade de M. Gastou.

J'ajoute que je communiquai cette supposition d'hérédo-syphilis à la deuxième génération à M. le professeur Proust qui la considéra comme très vraisemblable.

M. FOURNIER. — J'ai observé dans ma clientèle un fait de malformation intéressante dans un cas d'hérédo-syphilis. Je soignais une femme pour la syphilis. Elle devint enceinte et accoucha d'un garçon qui, outre certains signes d'hérédo-syphilis, tels que, entre autres, la saillie médio-palatine que nous connaissons bien, présentait un médius raccourci. Le doigt était remplacé par une seule phalange: la troisième.

La syphilis est, en effet, cause d'infirmités. M. Lannelongue professe que les pieds bots existent fréquemment chez des hérédo-syphilitiques. M. Kirrison est du même avis en ce qui concerne le bec-de-lièvre.

Ce qui est particulièrement intéressant dans la belle observation de M. Gastou, c'est que vous voyez, à la fois, en même temps, les représentants des trois générations à travers lesquelles l'influence de la syphilis s'est manifestée. La difformité que présente cet enfant est de l'ordre des accidents parasyphilitiques comme les autres dystrophies de l'hérédo-syphilis, et non point directement syphilitique.

M. VERCHÈRE. — Le titre donné à la présentation de MM. Gastou et Fournier, de *syphilis héréditaire de troisième génération*, me paraît inacceptable. Je ne veux pas nier que l'enfant ne soit syphilitique, la forme du crâne, la crête médio-palatine que signalait M. Jacquet, permettent de le penser; mais je ne puis accepter que l'amputation de l'avant-bras soit regardée comme syphilitique. M. Fournier nous cite l'opinion de MM. Lannelongue et Kirrison admettant le bec-de-lièvre, le pied bot comme syphilitiques héréditaires. Je ne puis encore croire que l'on puisse dire qu'il existe un pied bot syphilitique, un bec-de-lièvre syphilitique. C'est un bec-de-lièvre, un pied bot, une amputation congénitale chez un enfant hérédo-syphilitique, si l'on veut, mais la lésion elle-même n'est pas syphilitique; elle ne peut que rentrer dans le cadre qu'a si bien tracé M. Fournier des affections parasyphilitiques.

Les malformations aussi bien que les amputations congénitales peuvent se produire chez les enfants nés de parents syphilitiques; mais alors la syphilis agit en modifiant l'évolution naturelle de l'œuf. Elle agit comme les différents agents qu'ont mis en œuvre M. Daresté pour obtenir pres-

qu'à volonté des poulets monstrueux, et les Chinois pour avoir des cyprins fantastiques. C'est une dystrophie de l'œuf tout entier, venant peut-être sous l'action de la syphilis, mais il ne s'ensuit nullement qu'une amputation congénitale puisse être regardée comme une manifestation de syphilis héréditaire.

M. DU CASTEL. — On attribue la déformation qu'offre cet enfant à l'influence de la syphilis; c'est possible, mais il ne faut pas oublier que de pareilles malformations existent dans des familles indemnes de syphilis. Il y a diverses causes d'amputations congénitales. Les accoucheurs connaissent des causes mécaniques telles que l'enroulement du cordon autour d'un bras.

M. THIBIERGE. — Aux réserves formulées par les précédents orateurs, j'en ajouterai une autre : M. Gastou pense que la grand'mère de sa jeune malade est, de par une syphilis remontant à 30 ans, l'origine première de tous les accidents dont sa fille et sa petite-fille sont atteintes. Or, j'ai soigné cette femme en 1894 et au commencement de 1895 pour des accidents syphilitiques récents : syphilides généralisées résolutives, plaques muqueuses de la bouche. D'ailleurs, j'ai l'observation de cette malade, et comme le cas comporte une question importante et litigieuse de doctrine, j'apporterai cette observation à la prochaine séance.

BARTHÉLEMY. — Chez les enfants de parents hérédo-syphilitiques, je n'ai pas encore pu, malgré mes recherches, trouver d'accidents nettement syphilitiques. Mais j'ai observé de nombreuses dystrophies et des accidents parasymphilitiques, soit du côté des dents (malformations, nanisme, etc.) soit du côté des os, par exemple, débilite osseuse et incurvation de la colonne vertébrale, soit du côté des muscles, atrophies partielles ou défaut d'antagonisme musculaire, de là des strabismes, par exemple. En fait de malformations chez les enfants d'hérédo-syphilitiques, je n'ai à citer que trois cas de bifidité de la lèvre et un cas de bec-de-lièvre avec de nombreux nævi vasculaires et pigmentaires. Sont-ce là de simples coïncidences ou des effets indirects? Je n'en sais rien, je me borne à signaler ce que j'ai observé.

Pour ce qui est relatif aux amputations congénitales, j'en ai observé un fait dans le service de M. Bar; l'aspect était celui d'un membre atteint d'ainhum et en forme de sablier, la section n'étant pas encore complètement effectuée : c'était le résultat de compressions dues, non pas à un cordon, mais à des brides très puissantes; il n'y avait pas de syphilis.

M. GASTOU. — Les principales objections qui me sont adressées trouvent leur réponse dans la communication que j'ai faite. Quant aux lésions qui chez la grand'mère ont paru à M. Thibierge être d'ordre secondaire, il ne faut pas oublier que la syphilis très ancienne reprend certains caractères de la syphilis secondaire.

M. FOURNIER. — En tous cas, puisque la mère est hérédo-syphilitique, il est indifférent que sa syphilis soit venue de la grand'mère ou d'ailleurs;

l'enfant n'en est pas moins le représentant d'une troisième génération atteinte. L'observation conserve tout son intérêt.

M. BESNIER. — Cette observation ne tranche pas encore la question suivante : existe-t-il des cas dans lesquels la syphilis s'est manifestée à une troisième génération, par des signes de syphilis réelle ? — Il n'y a pas encore, que je sache, d'exemple *certain* de ces cas dans la science ?

Maladie de Paget, par DU CASTEL.

Ch..., 37 ans, ménagère, entre salle Bielt, n° 34, le 11 novembre 1895.

Pas d'antécédents héréditaires importants; le père de la malade est mort d'accidents diabétiques.

Ch... a eu 3 enfants, le dernier âgé de 4 ans, qu'elle n'a pas pu nourrir. La santé générale est bonne; la malade est pâle, légèrement anémiée, n'a pas le teint cachectique; les forces n'ont pas diminué.

L'affection du sein a débuté, il y a environ sept ans; une petite crevasse est apparue à cette époque sur le bout du sein gauche, à l'ouverture des canaux galactophores; cette crevasse paraissait s'amender, guérir presque par moments, et puis se réveillait et grandissait à nouveau.

Il y a quatre ans, la malade, sur le point d'accoucher, consulta un médecin; la lésion n'avait pas encore dépassé les limites du mamelon; mais celui-ci, peu développé naturellement, s'était encore affaissé et le médecin consulté n'attacha pas grande importance à l'affection et déclara simplement que cette petite lésion empêcherait la malade de pouvoir allaiter de ce côté.

Depuis lors la lésion s'est étendue progressivement; aujourd'hui l'altération présente une forme à peu près circulaire; la partie située au-dessus du mamelon est légèrement plus étendue que la partie située au-dessous. La surface malade est d'un rouge foncé, violacé; elle est recouverte par places de squames minces, irrégulières, peu épaisses qui se détachent facilement. A la partie inférieure, la peau est très superficiellement exulcérée; elle laisse sourdre un liquide séreux jaunâtre, abondant; au dire du malade, elle saigne facilement.

Le pourtour de la plaie, dans sa plus grande partie est limité par un petit bourrelet polycyclique, mousse, non ulcéré, de couleur rouge foncé.

A droite et au-dessus du mamelon, la surface malade est d'aspect cicatriciel; la cicatrice est mince, papyracée.

A la partie supérieure du sein, à la surface de la glande, on sent un noyau d'induration, de forme ovoïde, allongé transversalement, du volume d'un œuf de pigeon. Ce noyau est indolent, sa surface est irrégulière; il n'adhère pas à la peau.

Dans l'aisselle, un ganglion lymphatique est tuméfié.

L'affection n'a provoqué à aucun moment de phénomènes douloureux assez intenses pour que la malade y prêtât attention.

L'examen histologique a montré l'existence de psorospERMIES dans les squames.

M. HALLOPEAU. — On retrouve chez cette malade les caractères que nous avons mis en relief, en 1889, dans une présentation, à la réunion clinique de Saint-Louis, de deux femmes atteintes de cette dermatose, c'est-à-dire, l'aspect brillant et, par places, mamelonné de la surface malade, les exulcérations que l'on y remarque, ses contours polycycliques et surtout le bord net qui la sépare des parties saines : ils la différencient complètement de l'eczéma avec lequel, au premier abord, on pourrait la confondre.

M. DARIER. — Il suffit de jeter le regard sur cette lésion pour en faire aussitôt le diagnostic. C'est là un caractère intéressant de la maladie de Pajet, que d'une part l'ensemble des signes cliniques à eux seuls, et d'autre part l'ensemble des signes histologiques permettent aisément le diagnostic.

M. L. WICKHAM. — Le diagnostic de cette maladie est en effet des plus aisés pour qui en a vu quelques cas. Et pourtant, malgré la richesse des polycliniques Saint-Louisiennes, on en trouve à peine un ou deux cas par an. C'est là l'indice d'une extrême rareté. Par contre, dans certaines cliniques extra-Saint-Louisiennes, dans quelques services de chirurgie on diagnostique couramment la maladie de Pajet ; c'est que, j'en suis convaincu malgré les travaux de vulgarisation, les caractères de cette maladie, restent méconnus du monde médical.

Sur une ichtyose avec hypotrophie simulant une sclérodermie.

Par H. HALLOPEAU et JEANSELME.

Plusieurs auteurs ont indiqué déjà l'existence chez les ichtyosiques, soit d'un développement insuffisant de l'organisme, soit d'une atrophie cutanée ; M. Audry (1), dans un travail récent, a attiré particulièrement l'attention sur cette catégorie de faits.

Ces atrophies peuvent se produire sous des aspects divers. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun cas dans lequel les caractères que l'on peut constater chez la malade que nous avons l'honneur de présenter se soient trouvés réunis ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Isabelle B..., âgée de 15 ans, entre le 7 août 1892, au n° 2 de la salle Lugol.

(1) AUDRY. Sur les formes atrophiantes de l'ichtyose. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1896.

Sa mère a un goitre.

On a remarqué dans les premières années de la vie de l'enfant que sa peau était farineuse. Vers l'âge de 6 ans, on s'est aperçu que ses paupières se fermaient mal; en même temps, ses mains sont devenues moins souples; jamais, dit la mère, elle n'a eu les mains déliées comme un autre enfant.

Actuellement I... est d'assez grande taille, mais elle a l'apparence infantile.

Elle est atteinte d'une ichtyose généralisée d'intensité moyenne; comme il arrive parfois, les creux axillaires et poplités, les régions inguinales et les plis des coudes ne sont pas épargnés; cependant les altérations y sont moins prononcées, les milieux des paumes des mains sont presque intacts.

Lorsque l'on enlève les squames, on peut constater que les plis de la peau sont plus prononcés qu'à l'état normal, surtout dans les creux axillaires, au pourtour du cou, sur les parties latérales du tronc et au niveau des genoux; dans les aisselles, ils simulent en s'entre-croisant, des saillies papuleuses et cette apparence est accrue par un épaissement de l'épiderme à leur niveau.

Ces lésions ichtyosiques coïncident avec d'autres altérations. Ce qui frappe tout d'abord, comme particularité, lorsque l'on examine cette jeune fille, c'est l'insuffisance de développement des paupières. Le bord libre de la paupière inférieure se renverse en dehors, surtout dans sa partie interne, et cette déviation s'accroît si la malade fait effort pour fermer les yeux; au même moment, le bord libre de la paupière supérieure tend également à se renverser en dehors, surtout dans sa partie interne. Le point lacrymal ne baignant plus dans le lac, il se produit fréquemment de l'épiphora.

Pendant l'effort d'occlusion, les bords palpébraux restent distants d'environ 8 millimètres; la malade supplée instinctivement à cette insuffisance en relevant sa cornée de manière à la cacher sous la paupière supérieure.

Au visage, on remarque une exagération des plis cutanés; elle se manifeste surtout dans les jeux de physionomie; elle présente son intensité la plus grande dans les régions temporales, au voisinage des ouvertures et commissures palpébrales et aux joues, dans le voisinage des commissures labiales; il se produit ainsi de véritables rides qui contrastent singulièrement avec l'âge de la malade.

L'ouverture de la bouche est limitée par la résistance que lui opposent les téguments des joues.

Aux extrémités digitales, la peau est collée sur les os comme dans la sclérodémie. Sur tout le dos de la main et dans la plus grande partie de sa face palmaire, la peau semble insuffisamment développée pour se prêter normalement aux fonctions de ces parties; c'est ainsi que les dernières phalanges ne peuvent être maintenues dans l'extension complète; de même, les quatre derniers doigts ne peuvent être complètement fléchis sur la paume de la main; leurs extrémités en restent distantes d'environ un millimètre et demi; les mouvements d'adduction et d'opposition du pouce ne s'exécutent aussi que très incomplètement. On note concurremment une asphyxie fréquente des extrémités. L'épiderme est très

notablement épaissi dans les paumes des mains, particulièrement au niveau des articulations des phalanges entre elles et avec le métacarpe. Cet épaississement est également appréciable sur le dos des premières phalanges où il simule celui du derme.

A la partie inférieure des avant-bras et au-devant du thorax, la peau paraît moins développée qu'à l'état normal : on peut s'assurer, en lui imprimant un pli, que le derme y est moins épais que chez des jeunes filles du même âge normalement développées; d'autre part, un pli fait sur le dos de la main persiste plus longtemps que chez un sujet sain : le tégument n'y a donc pas son élasticité normale.

Ces altérations n'existent pas au niveau des orteils.

La surface tégumentaire devient d'un rouge pâle lorsque la malade marche un peu vite et peut-être aussi sous l'influence des émotions. Rien de semblable n'existe lorsque la jeune fille est au repos. On note alors seulement une forte pigmentation de tout le tégument externe; elle est moins prononcée dans les creux axillaires.

Ce n'est pas seulement la peau qui, chez cette jeune fille, présente un développement insuffisant : il en est de même du squelette osseux et cartilagineux ; malgré la grande taille de la jeune fille, sa tête et surtout son visage sont d'une remarquable petitesse ; les oreilles sont également de très petites dimensions : elles n'atteignent que 45 millimètres sur 25, alors que chez un sujet du même âge bien développé elles mesurent 58 millimètres sur 32. L'hypotrophie des mains n'est pas moins frappante : leurs diamètres transversaux ne sont que de 10 centimètres au lieu de 12 chez le sujet sain ; les doigts, dans leurs deux tiers inférieurs, sont amincis et effilés, sauf à leur extrémité qui est renflée en massue.

Les ongles sont striés en long et en travers et arqués en griffe.

On note encore sur les joues un grand nombre de macules jaunâtres caractéristiques du lentigo et, dans l'intérieur des conques, plusieurs sailles blanchâtres miliaires tout à fait semblables à celles qui ont été signalées par l'un de nous dans une dermatose bulleuse congénitale ; nous rappellerons que, d'après les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. Darier, ces dernières semblaient dues à une dilatation des glandes cutanées dont l'orifice était oblitéré par le fait de la régénération épidermique : il est vraisemblable que, chez cette ichthyosique, ces lésions se produisent suivant un mécanisme semblable.

Cette malade est atteinte d'un goitre qui occupe surtout le lobe droit du corps thyroïde où il atteint le volume d'une orange.

Les viscères paraissent intacts.

Cette observation nous paraît digne d'intérêt au point de vue, d'une part, de la description clinique de l'ichtyose, d'autre part, du mode de production des altérations atrophiques qui peuvent l'accompagner ainsi que de sa pathogénie.

Au point de vue clinique, on pense tout d'abord à une sclérodermie coïncidant avec l'ichtyose ou la compliquant : l'impossibilité de fermer complètement les paupières, d'étendre et de fléchir complète-

ment les doigts, les plis qui se manifestent au visage à l'occasion des mouvements de physionomie sont en faveur de cette manière de voir. Les faits peuvent cependant recevoir une autre interprétation.

Il faut noter d'abord que, contrairement à ce qui a lieu dans la sclérodermie, la maladie n'évolue pas ; depuis l'âge de 6 ans, époque à laquelle on a remarqué les troubles dans les mouvements palpébraux, la situation semble être restée stationnaire ; d'autre part, on ne trouve nulle part l'induration ni les cicatrices interstitielles caractéristiques de la sclérodermie ; enfin, l'on peut se rendre compte des faits observés par un défaut de développement du tégument externe. Nous avons vu en effet que la peau est en diverses régions notablement amincie ; si l'on rapproche ce fait du développement si insuffisant qu'offre le squelette, on est conduit à penser que l'ichtyose coïncide chez cette jeune fille avec une hypotrophie portant à la fois sur le derme et sur le squelette.

M. Besnier et Doyon considèrent les lésions atrophiques signalées dans le derme des ichtyosiques et particulièrement dans le corps papillaire par divers auteurs tels que Lemoine (1) et Kaposi, comme consécutives aux altérations épidermiques : les faits observés chez notre malade ne paraissent pas en faveur de cette manière de voir : on ne conçoit pas comment une dystrophie épidermique entraînerait un tel arrêt de développement du squelette.

On peut admettre avec beaucoup plus de vraisemblance que les altérations dermiques, cartilagineuses et osseuses ont évolué parallèlement sous l'influence commune d'une force insuffisante de développement.

Cette conclusion nous conduit à révoquer en doute l'existence de la sclérodermie signalée par Neuburger (2) comme coïncidant avec un acrokératome qu'il rapproche de l'ichtyose ; il y aurait lieu de se demander s'il ne s'agirait pas, comme dans notre fait, d'une pseudo-sclérodermie simulée par un développement insuffisant du tissu dermique.

Nous ferons remarquer enfin que notre interprétation s'éloigne de celle que Tommasoli a donnée de l'ichtyose en rattachant les dystrophies épidermiques qui la caractérisent à une inflammation acquise du derme : nous continuons à considérer, avec nos classiques, cette maladie comme le résultat d'un trouble de nutrition que l'on peut dire congénital bien qu'il ne se manifeste objectivement qu'après la première enfance. Sa terminaison héréditaire, si frappante en certains cas, ne peut laisser de doutes à cet égard.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

(1) LEMOINE. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1881.

(2) NEUBURGER. *Ckooperatur hereditariur. Maralt. f. pet. dermat.*, 1891.

1) L'ichtyose peut s'accompagner d'un défaut de développement du derme qui simule la sclérodermie; 2) il peut en résulter des troubles fonctionnels tels que l'impossibilité de clore complètement les paupières; 3) les mouvements des doigts peuvent être également entravés; 4) le derme est en pareil cas aminci par places et son élasticité est amoindrie; 5) ces altérations cutanées coexistent avec un défaut de développement très prononcé des parties sous-jacentes et plus particulièrement du squelette des extrémités ainsi que des cartilages auriculaires; 6) la cause prochaine de ces altérations est selon toute vraisemblance un arrêt de développement du squelette et de la peau entraînant leur hypotrophie.

M. Brocq. — Le sujet présenté par M. Hallopeau me rappelle très exactement plusieurs malades que j'ai déjà observés sans les considérer comme des ichtyosiques.

Cette femme me paraît être un exemple un peu fruste de l'affection dont était atteint le petit malade que notre regretté E. Vidal avait présenté en 1881 à la Société de biologie, sous le nom d'hyperépidermotrophie généralisée. M. le Dr E. Besnier avait cru, après un examen rapide, pouvoir porter le diagnostic de pityriasis rubra pilaris, à cause de petits points noirâtres circumpilaires que cet enfant présentait à la face dorsale des phalanges et que l'on retrouve également chez cette malade. En ce moment, chez un client de province, j'observe un autre cas de la même affection. Je ne crois pas, pour ma part, qu'il s'agisse d'une ichtyose. Les plis axillaires, inguinaux, poplités, sont atteints, ce qui ne se voit point dans l'ichtyose. Ce n'est pas non plus du pityriasis rubra pilaris. Je suis convaincu qu'il s'agit là d'un type morbide spécial, non encore classé.

M. Besnier. — L'époque de l'apparition des lésions a une importance pour le diagnostic. Il est certain que si cette affection n'était venue que sur le tard, elle s'éloignerait plus encore par là de l'ichtyose.

M. Jeanselme. — L'ichtyose a été observée chez cette malade dès la première enfance. Les lésions des mains remontent à six ans.

M. Besnier. — J'entends bien que dans le cas actuel les caractères morbides s'éloignent de l'ichtyose si on ne considère que l'ichtyose typique; or, il y a toutes sortes de variétés, de degrés d'ichtyose. Une étude de ce genre a besoin, pour être discutée plus complètement, de l'appoint de l'histologie.

M. Brocq. — Dans mon observation, les lésions remontaient aussi à l'enfance. Je n'en suis pas moins convaincu que cette affection constitue une entité morbide spéciale.

M. Thibierge. — La malade de M. Hallopeau présente aux mains des lésions comparables à celles d'un malade que j'ai présenté à la Société

en 1892 comme un cas extraordinaire d'ichtyose et à celles d'un malade dont Giovannini a publié l'observation (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, décembre 1893, p. 653) sous le titre d'ichtyose avec hypertrophie des glandes sudoripares. Chez la malade de M. Hallopeau, les lésions des autres régions du corps sont beaucoup moins développées que dans ces derniers cas, mais semblent de même ordre; or le cas de Giovannini et le mien s'écartent tellement du cadre ordinaire de l'ichtyose qu'ils doivent, à mon sens, en être détachés et constituer un type à part dont l'étude est encore à faire.

M. HALLOPEAU. — Je maintiens le diagnostic d'ichtyose avec exagération des hypotrophies signalées maintes fois et nettement appréciables sur plusieurs de nos moulages; l'existence de ces hypotrophies constitue un argument puissant en sa faveur.

Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACREZ.

Tous les auteurs qui, depuis Ricord, ont étudié le phagédénisme du chancre non infectant ont mentionné parmi ses agents curateurs l'emploi de ce topique; mais ils l'énumèrent pour ainsi dire en passant et sans paraître lui attacher autrement d'importance et au même titre que divers agents banals; il ne semble pas, malgré la grande autorité de Ricord, être resté dans la pratique courante; on paraît porté à croire que le grand maître en vénéréologie avait exagéré son efficacité lorsqu'il en avait fait le spécifique de cette complication. Aussi croyons-nous devoir publier un fait qui, comme plusieurs autres observés par l'un de nous, vient d'établir qu'il en est bien ainsi.

Nous indiquerons en même temps les modifications que nous avons apportées dans son application dans le but de la rendre à la fois plus pratique et plus efficace.

Nous employons le médicament à doses plus fortes que ne l'avait indiqué Ricord et qu'on ne le fait généralement: notre solution est au tiers. Elle a l'inconvénient de déterminer, les premières fois que l'on en fait usage, une douleur intense et prolongée. Nous l'atténuons beaucoup en faisant précéder l'application du tartrate par un attouchement avec de l'alcool pur; celui-ci est encore pénible, mais d'une façon très passagère, et dès que la sensation de cuisson ainsi produite s'est calmée, c'est-à-dire au bout de peu d'instant, on peut arroser l'ulcère avec la solution de tartrate ferrico-potassique sans provoquer de douleurs.

L'action irritante de ce topique est nulle; il se différencie de la sorte très avantageusement du perchlorure de fer.

Ces applications doivent être très fréquemment renouvelées et il faut en outre maintenir sur l'ulcération de l'ouate imprégnée du même liquide de façon à former une sorte de bain continu.

Chose remarquable, au bout d'un laps de temps qui se limite à deux ou trois jours lorsque l'on se trouve dans des conditions favorables, ces applications cessent complètement d'être douloureuses ; elles ne déterminent plus aucune sensation pénible, et, dès lors, il n'est plus utile d'avoir recours à l'action anesthésiante de l'alcool ; ce fait coïncide avec la transformation de l'ulcère phagédénique en membrane de bourgeons charnus recouverte ou non d'un exsudat pseudo-membraneux.

C'est ainsi que l'un de nous a guéri en 1868, avec M. A. Fournier, un vaste phagédénisme de la région inguinale consécutif à un bubon chancreux ; l'ulcération, considérée à tort par d'autres médecins comme de nature syphilitique, avait été traitée pendant plusieurs mois par des applications locales de sublimé ; elle s'agrandissait progressivement ; toute la région était envahie ; au bout de peu de jours du traitement par l'application continue du tartrate, ses caractères se sont modifiés, une membrane de bourgeons charnus a pris la place du tissu ulcéré et la cicatrice a dès lors commencé à se former.

Chez le malade que nous avons l'honneur de présenter, la médication n'a pu être employée qu'imparfaitement pendant les premiers jours en raison du phimosis provoqué par la balano-posthite qui compliquait l'ulcération chancreuse ; néanmoins les résultats ont été très satisfaisants bien que la guérison ne soit pas encore complète.

Lorsque Q. est entré au numéro 60 de notre salle Bazin, le 17 octobre, il avait remarqué, trois jours auparavant, cinq ulcérations occupant le sillon balano-préputial ; il fait remonter à une semaine le coït infectant. Depuis la veille, les ulcérations se sont réunies ; il n'y a plus qu'une perte de substance d'environ deux centimètres de diamètre : ses bords sont taillés à pic et non indurés ; son fond anfractueux est recouvert d'un épais détritit jaunâtre et pultacé ; concurremment le prépuce est rouge et donne issue à une abondante sécrétion purulente. Il s'agit en toute évidence d'un chancre phagédénique, probablement non infectant. Le malade a concurremment une blennorrhagie et une orchite ; les ganglions de la région inguinale droite sont légèrement tuméfiés.

Dès le 18, le traitement a été indiqué suivant les règles formulées ci-dessus. Sa mise en œuvre n'a pas été sans souffrir de réelles difficultés en raison de la balano-posthite et du phimosis ; la solution introduite à l'aide d'une seringue en verre ne pouvait atteindre que difficilement toutes les parties ulcérées ; néanmoins, la situation s'est bientôt améliorée très notablement ; au bout de cinq jours, le gland a

pu être découvert : depuis le 3 novembre, il s'est développé une membrane de bourgeons charnus qui s'est en grande partie cicatrisée. Actuellement on constate une perte de substance considérable aux dépens de la face dorsale du gland et de la partie attenante du sillon ; elle est cicatrisée dans la plus grande partie de son étendue ; il persiste seulement dans sa partie médiane une concrétion pseudo-membraneuse très dense ; lorsque l'on parvient à l'enlever, malgré son adhérence intime, on voit au-dessous d'elle une membrane de bourgeons charnus. Nous rappellerons que l'un de nous a communiqué à la Société de thérapeutique, en 1893, un fait de pourriture d'hôpital qu'il avait traitée avec succès par le même procédé. On ne saurait s'en étonner, car les deux affections offrent les plus grandes analogies dans leurs caractères cliniques ; chez les deux malades dont nous venons de parler, il s'est agi d'un processus ulcéreux à marche envahissante avec exsudat, d'abord putrilagineux, puis lorsque la maladie commence à s'enrayer, dense et pseudo-membraneux.

Il appartiendra à la bactériologie (1) de déterminer si l'on a affaire dans les deux cas à un même micro-organisme pathogène. Cette interprétation est au premier abord peu vraisemblable, puisque, d'après nos classiques, ce phagédénisme ne comporte d'autre agent infectieux que celui du chancre simple acquérant, en raison de la nature du terrain, une puissance anormale ; nous devons dire cependant que les arguments apportés à l'appui de cette manière de voir ne nous paraissent pas démonstratifs. Le plus important est fourni par le résultat des inoculations qui, pratiquées avec le pus phagédénique, n'amènent chez un sujet sain qu'un chancre simple. Ce fait exclut-il l'hypothèse d'un agent infectieux surajouté à celui de Ducrey, et ne pouvant s'inoculer que chez un sujet prédisposé ?

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1) *Comme le disait Ricord, le tartrate ferrico-potassique a une action spécifique sur l'agent infectieux du chancre simple phagédénique.*

2) *Il doit être appliqué en solution très forte et d'une manière continue.*

3) *La médication est douloureuse pendant les premiers jours ; on atténue beaucoup cette douleur en faisant précéder chaque application d'un attouchement avec de l'alcool pur.*

4) *Au bout de peu de jours, les applications de ce tartrate ne provoquent plus aucune douleur.*

5) *Elles ne déterminent jamais aucune irritation, à l'encontre des préparations de protochlorure de fer.*

(1) Les recherches pratiquées à cet égard par l'un de nous ont porté sur des néomembranes prises trop tardivement ; leurs résultats ont été purement négatifs.

6) *Le phagédénisme présente les plus grandes analogies objectives avec la pourriture d'hôpital.*

7) *La substitution d'un exsudat dense et néo-membraneux à l'exsudat pullacé et putrilagineux du début indique dans les deux maladies une diminution du pouvoir infectant de l'agent pathogène.*

M. JULLIEN. — J'ai traité sans succès un cas de chancre phagédénique par le tartrate ferrico-potassique ; et j'ai obtenu de bons effets du phénol sulfo-riciné.

M. HALLOPEAU. — Comment le tartrate ferrico-potassique a-t-il été employé ?

M. JULLIEN. — Selon la méthode de Ricord.

M. HALLOPEAU. — Mon traitement est tout autre. J'emploie le tartrate au tiers et en bains continus, ce qui constitue un traitement bien plus actif.

Pratique courante des injections de calomel.

PAR HENRI FEULARD.

Les injections de sels mercuriels insolubles, dans le traitement de la syphilis, notamment dans les injections de calomel, couramment employées depuis longtemps à l'étranger, ont eu quelque peine à s'acclimater en France. On les a voulu restreindre aux cas graves, en faire une méthode d'exception.

C'est un peu ainsi que M. le professeur Fournier et M. Mauriac les ont considérées dans leurs livres respectifs sur le traitement de la syphilis : on n'a pas oublié les discussions qui ont eu lieu dans notre Société, à la réunion de Lyon en août 1894, et cette année même à la session d'avril.

Il est juste de dire cependant que quelques-uns de nos collègues, MM. Balzer, Barthélemy, Jullien, Thibierge ont pris la défense des sels mercuriels insolubles ; l'huile grise a reçu l'approbation de quelques-uns ; M. Jullien a toujours défendu les injections de calomel et vanté leur puissante action.

En présence d'opinions un peu contradictoires, et surtout devant le reproche fait à cette méthode de ne pouvoir être appliquée facilement dans la pratique, j'ai voulu me faire à moi-même une opinion et j'ai résolu de traiter un certain nombre de malades de la ville par les injections de calomel. Je viens de faire ainsi une soixantaine d'injections (en réalité 65, mais je n'en retiens que 60, les cinq premières

n'ayant pas été faites dans les mêmes conditions) réparties en 17 malades, et je voudrais vous faire part de mes observations. J'ajoute tout de suite qu'elles sont absolument favorables à l'emploi de cette méthode dans la pratique courante.

Toutes ces injections ont été faites chez moi, les malades n'éprouvant aucune difficulté ni aucune gêne à regagner leur domicile; aucun de ceux qui ont accepté cette manière de traitement, et je n'ai pas eu de difficulté sérieuse à le faire accepter, ne s'y est dérobé par la suite; il est vrai que la haute autorité de mon excellent maître, M. Besnier, qui avait vu quelques-uns de ces malades et les avait persuadés de l'utilité de ce mode de traitement, a été pour moi d'un précieux secours.

Voici le manuel opératoire que j'ai employé. J'ai fait construire par Collin une seringue qui est la seringue de Strauss un peu modifiée.

Le piston en moelle de sureau peut à volonté être serré et desserré; j'ai remplacé la tige filetée, n'ayant pas besoin d'un curseur compte-gouttes puisque j'injecte toujours une seringue entière par une tige de piston lisse et assez grosse, ce qui donne une grande douceur de glissement; enfin l'extrémité de la tige du piston qui retient la moelle de sureau et qui est en contact avec l'injection est en ivoire au lieu d'être en métal, de sorte qu'ainsi aucune partie métallique n'est en contact avec le mercure.

Cette seringue se stérilise très facilement par l'ébullition; elle se nettoie très bien après l'injection en essuyant le piston et le bouton d'ivoire qui ne retient aucune parcelle d'huile, et l'intérieur de la seringue au moyen d'une petite boulette de coton ou de papier spécial (papier japonais) qu'on promène et retire avec la plus grande facilité, au moyen d'un petit écouvillon. Cette seringue me paraît réunir les qualités nécessaires de solidité (c'est la fragilité et son prix relativement élevé qu'on a reproché à la seringue tout en verre) et d'asepsie parfaite. Les aiguilles sont en platine iridié, longues de 6 centimètres; il faut absolument employer des aiguilles très longues permettant d'atteindre en plein muscle si l'on veut éviter les accidents d'inflammation et de ramollissement qui arrivent presque inévitablement si l'on fait l'injection dans le tissu sous-cutané. C'est ce qui m'est arrivé lors de mes trois premières injections qui, faites avec des aiguilles trop courtes, furent suivies de petits abcès cutanés d'ailleurs sans gravité; j'ajoute, comme cela a été déjà remarqué dans des cas semblables, que l'action heureuse des injections ne fut pas gênée pour cela.

Mais du jour où j'ai constitué mon matériel tel que je viens de dire, c'est-à-dire à partir de la cinquième injection, je n'ai plus eu aucun ennui.

Sauf dans deux cas, je n'ai jamais injecté que 5 centigr. de calomel à la fois; ce calomel était en suspension dans l'huile d'olives stérilisée. Il était autant que possible préparé un court espace de temps avant le moment de l'injection, c'est-à-dire que le plus souvent le

malade passait chez le pharmacien chercher sa fiole de médicament avant de venir chez moi ; il suffisait alors d'agiter très peu la petite bouteille pour obtenir un mélange parfait. Quand la préparation est faite depuis un certain temps, le calomel descend au fond de la bouteille et il faut agiter parfois fort longtemps pour obtenir le mélange d'huile et de calomel.

Chaque malade avait ainsi une injection préparée pour lui seul : deux centimètres cubes d'huile pour dix centigr. de calomel, dont la moitié seulement était employée. La préparation était faite avec tout le soin possible et le flacon stérilisé.

Les injections ont toujours été faites dans les fesses à deux ou trois travers de doigt du pli interfessier à la région supérieure de la fesse ; cette région semble la moins douloureuse, et les malades peuvent ensuite s'asseoir sans grande gêne.

Pendant que la seringue est mise à bouillir, le malade s'étend sur une simple chaise longue, couché sur le ventre ; la peau de la région choisie pour l'injection est soigneusement lavée, s'il y a lieu au savon, toujours au sublimé ; l'aiguille est portée au rouge ; la seringue dont le verre est encore chaud est remplie de l'injection, l'aiguille est lubrifiée avec une goutte d'huile simple stérilisée, enfoncée d'un seul coup profondément, puis après deux ou trois secondes quand je suis sûr qu'aucune gouttelette de sang n'apparaît à l'embouchure de l'aiguille (le fait n'a pas eu lieu une seule fois), la seringue est emmanchée sur la canule et l'injection poussée lentement ; je retire ensuite d'un seul coup la seringue et l'aiguille, j'applique sur la piqûre une petite rondelle d'emplâtre rouge ou d'emplâtre de Vigo ; je ne fais aucun massage, je prie seulement le malade d'attendre étendu trois à quatre minutes ; puis il se relève et s'en va. Le tout a bien duré un petit quart d'heure.

Voilà pour le manuel opératoire, bien simple par conséquent, et qui est à la portée de tous.

Quelles ont été les suites des injections ; je n'ai observé aucun accident, sauf la douleur.

Pas une fois (il est vrai que j'ai toujours employé des injections de 0,05 centigr.), je n'ai eu de stomatite ; aucune réaction générale ; une seule fois, au niveau de la piqûre, un bouton gros comme un gros bouton d'acné, survenu chez une femme à peau très fine et sensible et dû sans aucun doute à ce que j'avais lubrifié l'aiguille ce jour-là avec l'huile de l'injection restant dans le flacon ; l'irritation de la peau par le calomel, n'a pas manqué de se produire : fait d'ailleurs sans aucune importance.

Le seul phénomène observé est la douleur ; sans la douleur ce serait une méthode de choix à employer pour presque tous les malades tant sa commodité et son efficacité sont grandes.

Cette douleur cependant est fort variable, elle n'a jamais empêché les malades de revenir se soumettre au traitement.

Au moment même de l'injection, si l'aiguille est bien enfoncée profondément et, *bien acérée*, n'a pas déchiré la peau et le muscle sur son passage, si l'injection est poussée lentement et *tiède*, ce qui est facile en faisant bouillir la seringue et en l'emplissant de suite après, on peut dire qu'elle est à peu près nulle. La plupart des malades à la première injection s'étonnent que ce ne soit que cela; quelques-uns, une fois l'aiguille pénétrée, ne se rendent pas compte du moment où l'injection est poussée. Deux fois, en se relevant, des dames se sont plaintes d'un peu d'engourdissement dans la cuisse, dissipé d'ailleurs au bout de quelques instants; mais tous les malades sont partis marchant facilement, ne tirant pas la jambe. Il est à noter que la fesse gauche est, sensiblement moins douloureuse que la droite.

Voilà pour la sensibilité immédiate; qu'arrive-t-il les jours suivants?

Ordinairement le lendemain et le surlendemain de l'injection il n'y a rien et le malade se réjouit déjà d'en être quitte à si bon compte; mais le troisième jour, la fesse où a eu lieu l'injection commence à faire souffrir, le quatrième jour la douleur est assez violente, le cinquième elle est encore fort vive, le sixième elle commence à décroître et le huitième, toute douleur a disparu. C'est ainsi que cela s'est passé pour les deux tiers des injections; quelquefois, surtout quand c'est la fesse droite qui avait été piquée, la douleur a persisté plus longtemps, pendant dix jours; deux fois elle a commencé à se faire sentir seulement à partir du cinquième et du huitième jour; toutes ces indications ont été soigneusement notées d'après les lettres que j'avais demandé à tous les malades de m'écrire pour me rendre compte de leur état quelques jours après chaque injection.

J'insiste sur ce fait que cette douleur n'a été réellement bien vive que dans trois ou quatre cas, que les malades la comparent le plus souvent à la douleur qui résulte d'un coup, qu'elle paraît un peu plus vive chez les femmes et qu'elle n'a pas empêché une seule de ces personnes de se livrer à ses occupations, point très important pour un traitement comme celui-là. Naturellement, cette douleur varie suivant les sujets et un peu suivant les injections; celui de mes malades qui les a le mieux supportées, — il en a reçu huit, — est un mondain qui ne se livre à aucune occupation fatigante il est vrai, mais qui, sauf deux ou trois jours à la suite de chaque injection, n'a pas cessé de monter à cheval; un autre qui en a reçu 6 les trouve moins douloureuses que les injections intra-veineuses auxquelles il a été soumis par notre confrère M. Abadie; celui-là n'accusait pour ainsi dire pas de gêne et faisait de la bicyclette; trois hommes, travaillant à des occupations fatigantes qui les forçaient de rester debout une partie de la journée, n'ont pas été obligés d'interrompre leur travail.

Quant aux nodosités signalées par la plupart des auteurs et qui persisteraient de longs mois, j'avoue que le plus souvent, dix jours après la piqûre quand je revoyais le malade, je ne trouvais plus de trace de l'injection, et que je n'ai pas observé plus de quatre ou cinq fois de petits noyaux d'ailleurs absolument indolores et qui n'ont jamais duré plus de quinze jours.

Je n'ai jamais observé de mes yeux chez les malades de cette série, les tuméfactions en masse de la fesse avec chaleur inflammatoire signalées dans nombre de cas, mais deux fois des malades m'ont écrit que leur région fessière était gonflée et chaude. Ces phénomènes ont disparu rapidement sous l'application de compresses d'eau froide : chez un de ces malades ce gonflement inflammatoire a succédé à un coup reçu dans la région de la piqûre.

Sur une malade de Saint-Lazare, une femme de 63 ans (je ne fais pas figurer exprès dans cette statistique des malades d'hôpital, mais je dirai quelques mots tout à l'heure des injections que j'ai faites dans ces conditions), j'ai pu observer ce gonflement en masse de la fesse après une injection faite dans la fesse droite, gonflement qui a cédé d'ailleurs après un jour de repos ; dans les injections faites à l'hôpital, l'huile au calomel était de l'huile préparée depuis plusieurs jours.

Chez quelques malades la douleur consécutive de la fesse avait son maximum un peu au-dessous du point où avait eu lieu l'injection, comme si le foyer avait descendu.

Ces douleurs indiscutables et constantes, et qui paraissent inévitables, car elles se produisent quelques jours après l'injection alors que le médicament vraisemblablement se transforme chimiquement, sont les seuls inconvénients de la cure, les autres dangers et inconvénients pouvant être évités par une méthode prudente et soigneuse ; encore voit-on que les douleurs chez nos malades, peut-être à cause de notre façon de procéder, paraissent avoir été moindres que dans beaucoup de cas. Plusieurs d'entre eux les ont acceptées sans la moindre récrimination, s'estimant très heureux d'être débarrassés de drogues à prendre leur faisant mal à l'estomac, et appréciant dans cette méthode un moyen commode de se faire soigner discrètement L'intervalle que j'ai mis en effet entre chaque injection chez le même malade a été de sept à dix jours, le plus habituellement dix jours ; de sorte que faisant les piqûres alternativement à gauche et à droite, la même région fessière n'était piquée qu'après vingt jours ; jamais ainsi les malades n'ont été gênés en même temps des deux côtés, ce qu'ils paraissaient apprécier fort, pour s'asseoir.

En dehors de ces malades de ville, j'ai fait au même moment des injections sur des malades de Saint-Lazare, et sur un jeune enfant de 7 ans du service de M. Grancher, trois injections de 2 centigrammes ; je

dois dire que c'est peut-être lui qui a le mieux supporté le traitement, car jamais il ne s'est plaint : il pleurait par crainte au moment où on faisait l'injection, mais était incapable ensuite de dire où on lui avait fait mal.

Quant aux effets thérapeutiques des injections de calomel, il serait oiseux de vanter leur puissance, je crois que tout le monde est à peu près d'accord sur ce point ; seulement, la plupart des médecins voudraient réserver cette efficacité pour les cas exceptionnels : nous ne voyons pas au contraire pourquoi cette méthode bien menée, et améliorée encore s'il est possible, ne deviendrait pas à cause de sa puissance même un moyen bon à employer dès le début même de la maladie dans bon nombre de cas ; à vrai dire nous pensons un peu là-dessus comme notre collègue M. Jullien et croyons qu'une ou deux injections de calomel au début de la syphilis, alors qu'on a un si grand intérêt à agir rapidement et à neutraliser le virus le plus tôt possible, peuvent avoir une grande importance.

Nous avons agi ainsi chez deux malades que nous avons observés à la période du chancre. Chez un de ces malades, homme marié, âgé de 50 ans et qui présentait deux chancres de la rainure, apparus l'un le 1^{er} septembre, le second le 10 septembre, je fis quatre injections de 0,05 centig. les 13, 20, 26 septembre et 2 octobre. La roséole chez ce malade apparut le 17 septembre et disparut dix jours avant le chancre qui était complètement cicatrisé le 2 octobre ; j'ai fait une cinquième injection le 16 octobre ; aucune autre manifestation jusqu'alors n'est apparue. Chez le second, atteint également de deux chancres, ces doubles chancres paraissaient remonter aussi aux premiers jours de septembre, et qui avait déjà le 2 octobre une syphilide papuleuse, je fis ce même jour une injection de 0,05 centig. et le 14 une injection de 0,08 centig. ; le malade malheureusement habite la province ; il m'a écrit qu'il allait très bien, son médecin doit continuer les injections et j'attends la suite de l'observation.

Mais c'est surtout sur les manifestations déjà anciennes de la vérole, sur celles qui paraissent réfractaires aux traitements ordinaires ou du moins lentes à s'effacer que les injections de calomel attestent leur supériorité. Deux sujets, un client de la ville, une femme, infirmière à Saint-Lazare, étaient atteints de syphilide palmaire, de cette forme dite psoriasis palmaire, si longue et si rebelle.

De fait chez l'homme, âgé de 33 ans, syphilitique depuis 11 ans, traité régulièrement pendant de longues années par M. Horteloup et par M. Fournier, les accidents s'étaient localisés dans les paumes des mains presque dès le début de sa syphilis, surtout dans la main gauche ; il avait en même temps, ainsi que j'ai souvent observé cette coïncidence entre les lésions des mains et de la langue, des syphilides linguales ; à divers reprises il avait repris soit des pilules de pro-

toiodure, soit du sirop de Gibert et pendant un mois avait même absorbé 6 gram. d'iodure par jour, tout cela sans résultat, les mains et la langue étaient dans le même état; aussi se montrait-il quelque peu incrédule. Je lui fis une première injection le 23 septembre, une seconde le 2 octobre, une troisième le 21 octobre; mais après la seconde, au grand étonnement et à la grande satisfaction du malade mains, et langue étaient absolument guéris; encore disait-il qu'il avait fait exprès, pour exaspérer sa bouche, de fumer beaucoup.

La femme est âgée de 35 ans, est devenue syphilitique à 22 ans, a été soignée au début pendant six mois par des bains de sublimé; depuis, aucun traitement. Les accidents palmaires, à la main gauche également, ont commencé vers la deuxième année de la syphilis et durent depuis onze ans avec quelques améliorations passagères sous l'influence d'applications de Vigo; je lui ai fait, du 28 septembre au 22 octobre, quatre injections, la première de 2 centigr. et demi seulement, les trois autres de 5 centigr.: la guérison était complète après la quatrième. Trois autres malades ont été mis au traitement pour des syphilides palmaires plus récentes, et guéris également rapidement.

Mais l'action véritablement surprenante de ces injections s'exerce surtout contre des accidents de la période tertiaire, de ceux qu'on attaque d'ordinaire par les hautes doses d'iodure. Divers cas vous ont été cités dans cette Société; en voici deux autres:

Une femme de 63 ans, en hospitalité à Saint-Lazare, me consulte pour une enflure de la malléole interne gauche: il s'agit d'une hyperostose; je la fais déshabiller et je trouve la plus grande partie du dos occupée par des syphilides tuberculeuses, en nappe, quelques-unes ulcérées, d'autres cicatrisées; l'aspect était celui de certains vieux lupus. Impossible de savoir à quelle époque remonte la syphilis; elle se souvient seulement avoir été soignée à l'infirmerie de Saint-Lazare en 1869 pour un mal au coude; le coude droit présente en effet des cicatrices non douteuses de syphilides tuberculeuses. Depuis elle n'a fait aucun traitement; cependant les lésions du dos ont commencé en 1870, dit-elle; comme cela ne se voyait pas, elle n'a jamais voulu faire soigner ce qu'elle appelle son « eczéma ». Ces syphilides tuberculeuses datant de 25 ans ont presque complètement disparu après quatre injections; la malade est encore en cours de traitement.

Dans le second cas, il s'agit d'une malheureuse femme âgée d'une quarantaine d'années, syphilitique depuis dix ans, atteinte d'une syphilis grave, traitée à diverses reprises, notamment aux eaux d'Uriage, et qui finalement avait la figure couverte de syphilides tuberculo-gommeuses avec infiltrations léontiasiques épouvantables du menton; cet état dure depuis deux ans; sur le conseil de M. Besnier, car c'est avec cette malade que j'ai commencé la série de

mes observations, j'ai fait 7 injections dont deux de 10 centig. ; 3 de ces injections faites avec des aiguilles trop courtes ont donné lieu à de petits abcès, aseptiques, mais l'effet n'a pas moins été étonnant : après la quatrième injection, la malade n'était plus reconnaissable ; elle est aujourd'hui complètement guérie. L'action du calomel a été précieuse dans ce cas puisque les frictions à haute dose faites à Uriage n'avaient amené aucune amélioration et que d'autre part il est impossible de faire prendre à cette malade de l'iodure de potassium.

Au reste, il est inutile d'insister, et personne, je crois, ne met en doute l'heureuse et presque constante efficacité des injections de calomel. Ce que j'ai voulu montrer, c'est qu'à l'inverse de ce qu'ont dit certains auteurs, on peut facilement, en observant quelques précautions très simples, user dans la pratique courante de cette excellente méthode et rendre ainsi aux malades, en laissant libre leur estomac souvent si utile à ménager et sans arrêter le cours habituel de leur vie, de signalés services.

M. BARTHÉLEMY. — Depuis 1891, j'ai pratiqué plusieurs centaines de fois le traitement de syphilis récentes ou anciennes par les injections mercurielles intramusculaires. Je puis dire que c'est un traitement que le médecin peut faire dans son cabinet, qu'il est facile, pratique et peu douloureux, d'une douleur que beaucoup de malades supportent sans regret et préfèrent aux ennuis des autres traitements. Eux-mêmes le réclament souvent quand le médecin ne l'ordonne pas à cause de la ténacité, de la récidivité ou de la gravité des accidents : ce sont les principales indications. C'est alors une arme de plus, et une arme puissante ; ce qui ne veut pas dire qu'elle anéantit, juggle la syphilis et supprime les récidives ; comme toute arme excellente, il faut savoir la manier. Je puis dire que je l'ai employée plus de 400 fois, sans avoir jamais eu à m'en repentir et au grand avantage des malades : c'est de cette expérience acquise que je désire faire profiter ceux qui auront à pratiquer des injections de préparations mercurielles insolubles.

D'abord l'huile doit être végétale et exige des précautions spéciales de stérilisation ; il faut que le calomel soit séparé de ses impuretés, non seulement microbiennes, mais chimiques, qu'il soit dégagé du bichlorure de mercure, etc. Ensuite, il faut que bouchon et flacon soient stérilisés à leur tour comme l'aiguille et la seringue, comme aussi la peau du malade. Il faut enfin que l'huile soit préparée, très peu de temps avant l'injection. C'est ainsi que mes malades vont la chercher chez le pharmacien en venant chez moi et que fréquemment le flacon est agité pour que le mélange soit bien égal et que les particules de calomel soient bien en suspension ; de cette manière, la dose est bien exacte de 5 centigr. par gramme d'huile ; c'est la dose que j'injecte tous les huit jours. Le flacon est à demi rempli avec 4 ou 5 gr. d'huile de façon que le contenu puisse être facilement agité, que le calomel ne forme pas au fond une couche dure et concrète et que l'injection soit efficace, autrement on n'injecterait que de l'huile. Enfin, l'aiguille doit être longue de 5 centim., en platine iridié pour pouvoir

être flambée, de calibre plus volumineux que celui des aiguilles pour préparations solubles. Toute injection faite dans le tissu cellulaire crée une nodosité.

L'injection est pratiquée lentement, profondément dans les fesses, après qu'on s'est assuré que l'aiguille ne donne pas issue à du sang. Il faut faire l'injection assez haut et un peu obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, à quelques travers de doigt au-dessous et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il faut bien se mettre à l'aise pour faire l'injection ; c'est à la gêne de pratiquer cette piqûre que j'attribue ce fait que l'injection est souvent plus pénible chez le même malade d'un côté que de l'autre, à droite pour mes malades. La piqûre est immédiatement oblitérée par une rondelle d'épithème boriqué et il n'y a *jamais* d'abcès. Du troisième au cinquième jour, il y a de l'endolorissement de la fesse, que mes malades comparent à celui que causerait une chute dans l'escalier ou bien un violent choc contre un meuble... et c'est tout. Les malades ne tardent pas à entrer en voie de guérison et le constatent si nettement qu'ils ne manquent pas de revenir le nombre de fois que je leur prescris selon la gravité du cas, six fois en général pour chaque période de traitement que je fais suivre en général de 2 ou 3 mois de repos, à moins d'autres indications. Tels sont les procédés auxquels j'ai dû un assez grand nombre de succès, non seulement contre des lésions bucco-linguales récidivantes, dans des cas de polyonyxis, d'épilepsie jacksonnienne avec aphasie, mais encore dans un cas de sclérose pulmonaire spécifique que je rapporterai lors d'une discussion générale sur le traitement de la syphilis par les injections mercurielles insolubles, ainsi que mes deux cas de syphilis traités exclusivement et systématiquement pendant dix-huit mois par une injection hebdomadaire de 5 centigr. de calomel ou de thymol acétate de mercure.

Je préfère le calomel à l'huile grise tout en me rendant bien compte que l'huile grise, qu'on injecte par gouttes, est encore moins douloureuse que le calomel (puisque'elle est à peu près complètement indolore), parce que l'on peut moins bien agiter le liquide, que la dose par suite est moins exactement dosée et dosable, parce qu'il y a dans la littérature médicale des accidents dus à des doses toxiques d'huile grise, et enfin parce qu'on peut se tromper plus facilement lorsqu'il s'agit de n'injecter que quelques gouttes que lorsqu'on peut sans inconvénient injecter une seringue entière. On perd du temps à faire la seringue par nombre de gouttes et cela est à considérer lorsqu'on a dans son service un grand nombre de piqûres à faire en peu de temps. Je n'ai jamais eu par le calomel à déplorer aucun accident sérieux ; des abcès, je n'en ai eu qu'un seul, au début de ma pratique, et chez un homme alcoolique dont la peau était impossible à bien stériliser. J'ai eu trois fois des diarrhées, dont une fois des selles sanglantes qui ont cédé en quelques jours à l'usage du lait et du bismuth et diascordium. Enfin, j'ai eu quelques cas de stomatites — mais infiniment moins nombreuses et moins graves qu'avec les pilules ; toutefois, je dois dire que sans les rechercher je n'étais pas fâché de les constater, car elles étaient une preuve de plus de l'efficacité des moyens que j'employais.

Je rappelle d'ailleurs qu'il y a des sujets qui ont des stomatites pour des doses minimales de mercure : témoin cette malade du service du Dr Bar

que j'ai observée tout récemment et qui eut une stomatite assez marquée à la suite d'une seule injection intra-utérine de sublimé à la dose de 0,25 centigr. par litre d'eau bouillie. A Saint-Lazare, je n'ai jamais injecté que des préparations que j'avais fait venir à mes frais de la ville. J'en fais aux femmes de la période secondaire blanchies par le séjour et avant leur départ ; j'en fais aussi une fois, par mois environ, aux femmes enceintes du fait de maris syphilitisés depuis trop peu de temps. Enfin, je m'en sers souvent localement.

Je termine en notant que je n'emploie pas les injections de calomel indistinctement dans tous les cas de syphilis, que je persiste à penser que la majorité et surtout les cas légers devront être combattus par les pilules. Tant qu'il ne sera pas prouvé qu'il est préférable pour le pronostic d'une syphilis quelconque d'agir systématiquement, dès le début, exclusivement par les injections insolubles, je juge que les injections ne doivent même être employées que de temps en temps et que, si elles constituent un traitement puissant, elles n'en sont pas moins qu'un traitement d'exception, d'intermittences et de garantie.

M. FOURNIER. — Il est curieux d'observer que l'inégalité de la douleur est absolue d'un sujet à un autre, je dirai même chez le même sujet d'une injection à une autre. L'étude de l'appropriation exacte des injections de calomel à telles ou telles syphilides serait des plus instructives.

Je crois pouvoir affirmer, par exemple, que pour les syphilides linguales persistantes et tenaces, le calomel fait très bien, parfois merveille.

M. MAURIAC. — J'ai rarement vu des malades se tirer d'injections au calomel sans douleurs et sans nodosités.

M. JULLIEN. — Il y a, je l'avoue, des cas entièrement douloureux ; mais ils sont très peu nombreux.

M. VERCHÈRE. — Les injections de calomel constituent un excellent traitement, je le veux bien, mais il ressort de mon expérience personnelle, qu'il est douloureux, qu'il donne naissance à des nodi constants, douloureux et que un dixième de ces nodi se ramollissent au centre et donnent issue à un liquide brunâtre.

M. FEULARD. — Je n'ai jamais eu, sur les 60 injections que j'ai citées, un cas de ramollissement ; et les nodi, je le répète, ont été rares ou insignifiants.

M. THIBIERGE. — Les injections de calomel ont une remarquable rapidité d'action contre les manifestations syphilitiques : elles permettent en quelques jours de fixer un diagnostic douteux et de faire disparaître des accidents dangereux ou simplement graves. Mais, par contre, elles ont un inconvénient capital : elles sont douloureuses, parfois même extrêmement douloureuses ; leurs plus ardents promoteurs le reconnaissent, M. Feulard le constate à son tour, moi-même je l'ai toujours remarqué.

Cet inconvénient disparaît avec les injections d'huile grise, lesquelles ne sont le plus souvent *absolument pas douloureuses* et ne le sont jamais à un haut degré. D'autre part, si elles ne sont pas aussi brusquement effi-

caces que les injections de calomel, elles agissent avec une rapidité plus que suffisante dans la majorité des cas et sont moins nocives pour les gencives que les injections de calomel. Dans la série déjà longue de cas que j'ai traités par les injections de préparations insolubles, avant et après ma communication à la réunion de la Société, à Lyon, j'ai toujours eu à m'en féliciter tant au point de vue des effets immédiats que de la persistance des résultats curatifs.

M. BARTHÉLEMY. — J'ai renoncé à l'huile grise, à cause de la délicatesse un peu trop grande de la méthode qui consiste à compter par goutte.

M. THIBIERGE. — C'est là un petit inconvénient, largement compensé par la fréquence bien moindre de la stomatite à la suite des injections d'huile grise comparativement aux injections de calomel.

M. JULLIEN. — On n'a jamais de stomatites avec les injections de calomel, mais à la condition de se conformer aux précautions que j'ai indiquées, et que je répète pour la millième fois. Il faut exiger des malades des gencives en bon état, des reins et un foie fonctionnant bien. En cas d'albumine je refuse le calomel, et je donne le traitement ancien.

M. FOURNIER. — Je tiens à m'élever contre cette dernière parole, et à dire très haut que les injections de calomel peuvent donner des stomatites effroyables.

M. DU CASTEL. — J'ai traité ces derniers temps systématiquement mes psoriasiques par les injections de calomel, et j'ai eu à plusieurs reprises des stomatites.

M. FEULARD. — Ce n'est point là un reproche spécial à faire aux injections de calomel, car tout procédé de mercurialisation peut aussi bien être suivi de stomatite ; mais, je le répète, je n'ai eu chez ces malades de la ville, aucun retentissement sur les gencives ; peut-être ai-je bénéficié d'une série heureuse, mais ce que j'ai voulu seulement rechercher c'est si la méthode des injections de calomel était une méthode réellement pratique ; et de cela j'ai acquis la conviction ; c'est une méthode parfaitement applicable aux malades de la ville, sans apporter de trouble réel dans leur vie habituelle.

Note sur un procédé propre à l'hématologie et à l'hémato-thérapie.

Par L. JULLIEN.

Dans cette communication uniquement consacrée à la description d'un procédé, je désire faire connaître un moyen pratique de se procurer le sang propre aux expérimentations. Je n'ai en vue que les sujets du sexe féminin.

Pour la récolte du sang et du sérum on a préconisé la saignée, les

ventouses, les vésicatoires, qui ont au moins le désavantage d'impressionner, d'effrayer et de faire souffrir les malades. J'évite tous ces inconvénients en m'adressant au col utérin, organe insensible et très vasculaire.

J'attire le col à la vulve et je l'y maintiens sur le valve à oreilles de Martin. Puis je le crible de fines mouchetures. Le sang coule et se ramasse sous le museau de tanche, où rien n'est plus facile que de le recueillir au moyen d'une seringue à gros embout mousse.

Je me sers habituellement d'une seringue dont la contenance est de 5 grammes qui, suivant le degré de congestion de l'organe, s'emplît en une ou plusieurs fois avec plus ou moins de facilité.

Ce moyen est absolument inoffensif, il n'est pas douloureux, on peut en renouveler l'application autant de fois qu'on le désire, et les malades s'y prêtent facilement. Il va sans dire qu'il suppose l'asepsie complète des muqueuses et de tous les instruments employés, ce qui s'obtient aisément. Je m'en suis servi jusqu'à présent pour pratiquer sur différents animaux des séries d'injections de sang syphilitique en nature, et je compte le mettre à profit pour des injections de malade à malade, soit de tertiaire à secondaire, soit de syphilitique en phase torpide ou latente à syphilitique en période floride.

Étude histologique sur un cas de lichen scrofulosorum.

Par E. LEEEDDE.

M. Feulard a présenté, le 20 avril de cette année, un enfant atteint de lichen scrofulosorum. Il m'a confié le soin d'étudier les lésions microscopiques; c'est le résultat de mon examen que je résume dans la note suivante :

I. — La biopsie faite d'une manière large a intéressé plusieurs papules. Le fragment enlevé a été fixé dans la solution de sublimé acétique.

Les altérations cutanées ne se trouvent pas au même stade en tous les points et là où elles sont le plus récentes, on ne peut porter un diagnostic précis sur leur nature.

On voit en un point limité du corps papillaire une agglomération de cellules, enclose d'une manière précise par le tissu conjonctif profond d'une part, l'épiderme de l'autre, faisant place brusquement sur les côtés aux tissus sains.

Ce foyer refoule l'épiderme qui prend une forme convexe : ce fait permet de bien comprendre la forme lichénoïde des éléments éruptifs. Le centre et la portion juxta-épidermique sont peu denses, œdémateux.

Les cellules qui le forment sont d'un aspect variable. En majeure partie, ce sont des lymphocytes peu altérés, à noyau quelquefois un peu crénelé,

sans protoplasme apparent, surtout nombreux à la périphérie, là où l'amas cellulaire est plus dense.

Les cellules fixes, reconnaissables à la forme de leur noyau, sont beaucoup plus modifiées, souvent ce dernier se condense, s'allonge, se déforme. Les altérations principales portent sur le protoplasma, inégalement colorable, presque caséeux, envoyant des prolongements granuleux irréguliers.

D'autres éléments ne peuvent rentrer dans un type cellulaire défini. Il n'y a pas, en particulier, de plasmazellen.

Les vaisseaux sanguins sont très apparents dans le centre du foyer où l'œdème les sépare des tissus voisins. Leurs parois sont généralement tuméfiées. Les noyaux endothéliaux deviennent plus denses, plus riches en chromatine.

Les lésions de l'épiderme sont assez simples. Des lymphocytes assez nombreux, mais jamais ne se groupant en amas même peu importants, l'envahissent. Beaucoup de cellules sont vacuolaires, surtout dans la couche basale. Beaucoup s'écartent les unes des autres, presque dissociées. Les filaments intercellulaires sont étirés, tous conservent leur noyau. La couche qui répond au stratum granulosum ne présente plus d'éléidine.

Les cônes interpapillaires ont disparu au niveau du foyer. Sur les côtés des cônes normaux en marquent la limite ; les papilles que l'on retrouve au delà sont tout à fait saines.

Le foyer est indépendant de tout appareil folliculaire. Dans les préparations, on trouve un follicule pilo-sébacé normal.

II. — Pour étudier de plus près la topographie et l'évolution des altérations cutanées, des coupes en série ont été pratiquées.

Sur ces coupes, la papule intéressée est en relation directe avec le follicule pileux et présente des caractères qui permettent de la rattacher à la tuberculose.

Une première préparation présente sur la projection d'un follicule pileux qu'on voit dans la profondeur du derme, un petit foyer limité, formé surtout de cellules fixes, agglomérées, serrées, et de lymphocytes. Ce foyer refoule l'épiderme, un grand nombre de cellules migratrices s'y insinuent en trames longitudinales, interépithéliales. Au sommet de la saillie épidermique ainsi formée, la couche cornée cède et forme de chaque côté un lambeau libre par un de ses bords. La couche granuleuse a disparu.

Le foyer augmente de volume sans changer de caractères dans les préparations suivantes. Le petit cratère formé par la déchirure de la couche cornée augmente de dimensions.

Plus près du point où le follicule pileux s'abouche à la surface de la peau, le foyer qui l'entoure prend des caractères un peu différents : les cellules fixes y dégénèrent, principalement dans leur protoplasma, qui devient granuleux et caséeux. On trouve quelques blocs cellulaires à contours vagues et sans noyau.

Enfin, sur les préparations qui intéressent l'ouverture du follicule, l'amas cellulaire a pris des caractères typiques : on y trouve, d'une

manière un peu schématique, trois zones : une périphérique où prédominent les lymphocytes, une moyenne où apparaissent des cellules épithélioïdes, une centrale, périfolliculaire, où on voit des cellules géantes.

Celles-ci sont d'un volume variable, parfois considérable ; elles présentent, quand elles sont arrondies, une couronne complète de noyaux ; mais certaines s'allongent perpendiculairement à l'épiderme ; on n'y voit qu'une traînée formée d'une ou plusieurs couches de noyaux entassés les uns sur les autres.

Les cellules épithélioïdes à un ou plusieurs noyaux sont extrêmement nettes, assez peu nombreuses ; dans la région où on les trouve, et plus en dehors, on voit quelques plasmazellen.

Le follicule pileux est complètement altéré dans sa région sus et intra-épidermique ; les cellules pariétales sont séparées les unes des autres ; à la surface, quelques-unes sont tombées et on voit, plus apparent, le petit cratère dont nous avons parlé.

Il est impossible de colorer des bacilles tuberculeux.

Par la thionine, on découvre des mastzellen en nombre normal à la périphérie des foyers cellulaires, il n'y en a pas dans leur épaisseur.

La présence de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, le groupement semblable à celui des foyers tuberculeux confirme le diagnostic clinique de lichen scrofulosorum. Notre description répond exactement à celle de Sack (*Monatshefte f. path. Dermat.*, 1892).

Les détails histologiques ne suffisent pas à établir scientifiquement la nature tuberculeuse des lésions en l'absence de bacilles colorables. Du reste l'inoculation que nous avons faite à un cobaye n'a pas donné de résultats. Mais l'absence de bacilles, l'échec de l'inoculation ne peuvent nous surprendre. L'absence de bacilles est habituelle dans le lupus, l'inoculation n'y réussit pas toujours, soit que le fragment inoculé n'ait pas de dimensions suffisantes, soit que le bacille ne présente pas sa virulence normale. Jacobi a, dans un cas, observé des bacilles tuberculeux ; son observation suffit à éclairer la pathogénie de l'affection.

La limitation des foyers tuberculeux autour des follicules pileux est-elle nécessaire dans le lichen scrofulosorum ? Nous avons, au début de cette note, étudié un nodule à la période de caséification initiale, indépendant de tout follicule, et déterminant par sa limitation exacte, une papule lichénoïde. La papule d'après laquelle Sack a établi sa description était également extrafolliculaire. Mais si la lésion peut se former en un point quelconque du réseau sous-papillaire le follicule représente un point d'appel, c'est au niveau de son col, à son aboutement épidermique que nous avons trouvé les altérations les plus avancées, les plus importantes.

Sarcome cutané généralisé idiopathique à cellules géantes.

Par MM. PERRIN (de Marseille) et LEREDDE.

Les sarcomes cutanés généralisés idiopathiques ne constituent pas un groupe parfaitement distinct : leurs variétés cliniques sont nombreuses et leur étude histologique présente souvent de réelles difficultés d'interprétation. Le cas que nous rapportons en est un nouvel exemple. Il n'y a pas, en effet, un sarcome multiple idiopathique de la peau, mais des types différents de sarcomatose cutanée, ainsi que le montre l'étude critique des observations qui ont été publiées.

A côté du type très net et assez fréquent créé par Kaposi en 1870 et décrit sous le nom de *sarcome multiple pigmentaire idiopathique*, existent de nombreuses variétés de sarcomes que l'on ne peut faire entrer dans des groupes distincts.

Les cas typiques du professeur Kaposi débutent, comme on le sait, simultanément au niveau des mains et des pieds par de petits noyaux infiltrés dans le derme, ayant une coloration bleue ou brun rougeâtre et s'étendant plus tard aux membres, à la face, etc. ; ce sont, au point de vue histologique, des sarcomes globo-cellulaires avec une plus ou moins grande quantité de pigment d'origine hématique.

Dans les autres variétés cliniques de sarcomes, le début a lieu par des productions morbides plus ou moins nombreuses, mais apparaissant surtout sur le tronc, la face ou la partie supérieure des membres, sans localisation systématique ; les types histologiques sont des plus variables.

Le cas que nous rapportons doit être classé au point de vue clinique dans cette dernière catégorie ; histologiquement, c'est un sarcome à cellules géantes, se rapprochant par ses caractères des maladies infectieuses. L'un de nous (1), d'ailleurs, remarquait, en étudiant en 1886 la sarcomatose cutanée, que l'évolution si singulière de cette maladie devait faire penser qu'un jour peut-être la nature microbienne de l'affection pourrait être démontrée. « La disparition spontanée des tumeurs montre, écrivait-il dans ce travail, que le sarcome primitif généralisé de la peau ne paraît pas à bien des égards rentrer dans le cadre général des tumeurs telles que nous les comprenons ordinairement. A bien des points de vue, la sarcomatose semble par son début, par son aspect, son évolution, sa constitution histologique, être plutôt une *maladie infectieuse*. Aucun détail histologique d'ailleurs ne renverse l'hypothèse de la nature microbienne de cette affection. De quoi s'agit-il dans le sarcome ?

(1) L. PERRIN. *De la sarcomatose cutanée*. Paris, 1886, p. 43 et 54.

d'une production très voisine du granulome, peut-être identique et par conséquent très analogue aux néoplasies parasitaires. »

OBSERVATION. — M^{me} X..., âgée de 50 ans, vient nous consulter au mois d'octobre 1894 pour un certain nombre de petites tumeurs dures, d'une coloration rouge, ayant apparu depuis trois ans sur les bras et depuis deux ans sur la face.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires ; son père et sa mère sont morts à un âge avancé. Quant à elle, elle a toujours joui d'une bonne santé : elle n'a fait qu'une maladie assez sérieuse, il y a dix-sept ans (elle avait alors 33 ans), elle a eu de l'ictère avec congestion du foie. Elle habitait à cette époque l'Égypte, à Alexandrie, où elle est restée plus de vingt ans ; elle n'est rentrée en France que depuis trois ans. Elle n'a eu qu'une fille qui est bien portante, mariée à Alexandrie et elle-même mère d'un fils âgé de 7 ans.

Début de l'affection cutanée. — L'affection a débuté en 1891 par une petite éruption rouge à la partie supérieure du bras gauche, au niveau de la région deltoïdienne. Cette tumeur n'étant le siège d'aucune douleur, la malade ne s'en préoccupa nullement, jusqu'au moment où elle s'aperçut que de nouvelles productions morbides semblables à la première apparaissaient sur le membre supérieur gauche à la partie postéro-externe, et il y a deux ans sur la face, au niveau de la racine du nez, sur la lèvre inférieure, sur la joue, le front, enfin sur le bras gauche.

La malade consulta plusieurs médecins, surtout pour les tumeurs de la face ; les uns lui firent prendre de la liqueur de Fowler, les autres du sirop de Gibert ou de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 gr. par jour. Aucun changement ne se produisit dans l'évolution des nodosités ; elles continuèrent à augmenter lentement de volume et de nombre.

État actuel. — Au mois d'octobre 1893, quand nous voyons la malade pour la première fois, elle se présente dans l'état suivant. C'est une femme robuste, bien portante, jouissant d'un embonpoint moyen ; elle ne souffre nullement des tumeurs qu'elle porte sur les membres supérieurs et la face ; depuis trois ans que l'affection a débuté sa santé est restée très bonne, il n'y a ni amaigrissement, ni affaiblissement.

Tumeurs de la face. — Les tumeurs cutanées siègent à la face et sur les membres supérieurs à leur partie postéro-externe. A la face, elles sont au nombre de quatre ; deux grosses et deux petites. La plus grosse siège à la racine du nez, un peu au-dessous de la ligne intersourcilière, au niveau des os propres du nez ; elle a les dimensions d'une grosse noisette, sa forme est arrondie ou plutôt ovoïde, légèrement allongée de haut en bas, sa coloration d'un rouge vif, ne disparaissant pas sous la pression, sa consistance dure, élastique ; sa surface lisse offre un aspect brillant, elle fait une saillie notable au-dessus des parties voisines comme un gros élément papulo-tuberculeux. Elle est implantée dans l'épaisseur de la peau, mais nullement adhérente aux parties profondes, aux os propres du nez sur lesquels elle glisse facilement.

La tumeur de la lèvre inférieure siège sur le bord cutané-muqueux de la lèvre, à un centimètre et demi de la commissure labiale gauche ; elle

est presque aussi volumineuse que celle de la racine du nez, ayant les dimensions d'une noisette arrondie, et présente les mêmes caractères, au point de vue de la coloration, de la consistance, de la saillie, du siège anatomique que celle de la racine du nez.

Les deux autres tumeurs de la face sont petites, lenticulaires; elles siègent l'une au centre de la joue gauche, l'autre à la partie moyenne du front, et sont à peine saillantes au-dessus des parties voisines.

Tumeurs des membres supérieurs. — Au niveau de la partie postéro-externe des membres supérieurs, de nombreuses tumeurs s'étendent de la partie supérieure de la région deltoïdienne jusqu'au coude et à la partie supérieure et externe de l'avant-bras, mais sans affecter aucune disposition régulière, elles sont disséminées sans ordre. Les dernières qui ont paru existent sur l'avant-bras à sa face postéro-externe supérieure. Elles sont au nombre d'une quinzaine. La plus grosse de ces tumeurs siège à la partie moyenne de la région deltoïdienne, c'est la plus ancienne; son apparition remonte à trois ans. Elle a le volume d'une grosse noisette; elle est arrondie, rouge un peu violacée, de consistance ferme, intradermique, faisant une saillie notable au-dessus des téguments. Les autres tumeurs ont des dimensions variant de celles d'une lentille, d'un pois à un noyau de cerise; elles sont plus ou moins saillantes suivant leur volume.

Sur le membre supérieur droit, les productions morbides sont au nombre de sept à huit, elles présentent un volume variable et des caractères objectifs semblables à ceux des tumeurs du bras droit et de la face.

Il n'y a aucun trouble de sensibilité au niveau de toutes ces nodosités, aucune douleur spontanée. On ne trouve pas d'adénopathie dans la région axillaire et cervicale.

Au point de vue de leur évolution, les tumeurs paraissent augmenter de volume très lentement, de même que la pullulation se fait d'une manière continue mais lente. Elles n'ont aucune tendance au ramollissement, à l'ulcération, pas plus qu'à un affaissement, à une décoloration ou à une disparition spontanée.

Au point de vue du diagnostic, nous avons pensé que nous étions en présence d'un cas de sarcome cutané généralisé idiopathique. On ne pouvait d'ailleurs hésiter qu'entre la syphilis et la lèpre tuberculeuse. Les gommes syphilitiques, qu'elles soient sous-cutanées ou intra-cutanées, ont une évolution plus rapide que les tumeurs sarcomateuses; leur nombre d'ordinaire est assez restreint; de plus, leur coloration assez spéciale, parfois même leur groupement, leur consistance ferme au début, puis de plus en plus molle, leurs ulcérations si caractéristiques manquaient absolument chez notre malade. Enfin l'action absolument nulle du traitement spécifique, prescrit à diverses reprises par les divers médecins consultés par la malade, permettait d'éloigner l'hypothèse de la syphilis.

Quant à la lèpre tuberculeuse, on pouvait y penser du fait du long séjour de la malade en Égypte, autant qu'à cause des caractères objectifs des nodules. Pourtant les tubercules lépreux ont une coloration jaunâtre, parfois un peu rosée ou brunâtre, et quand ils sont volumineux, ils ont un aspect mamelonné que l'on ne retrouvait pas dans notre observation. enfin la sensibilité est modifiée et le plus souvent complètement abolie au

niveau des nodosités lépreuses. Chez la malade, la sensibilité était parfaitement conservée.

Quoi qu'il en soit, comme l'a bien démontré notre excellent maître, M. E. Besnier, il faut, pour que le diagnostic soit certain, faire l'anatomie vivante des tumeurs (examen biopsique ou biopsie, selon l'expression qu'il a créée). Aussi, autant dans un but thérapeutique que pour éclairer le diagnostic, avons-nous proposé à la malade de lui faire enlever les tumeurs qui, seules, l'importunaient. Après chloroformisation, nous avons excisé en dépassant les bords des nodules, ceux de la racine du nez et de la lèvre inférieure; quant aux plus petits, ceux des joues et du front, nous les avons détruits par la cautérisation ignée. L'opération a été pratiquée le 18 octobre 1894; les fils de suture ont été retirés le 22; réunion immédiate.

Nous avons revu la malade au mois de juin 1895; il n'y avait aucune trace de récidive au niveau des tumeurs enlevées au bistouri ou détruites par le thermocautère. Sur les extrémités supérieures, soit à droite, soit à gauche, les tumeurs anciennes paraissaient être stationnaires, mais en en faisant le dénombrement, on en trouvait quatre à cinq nouvelles. Aucun trouble local, pas d'adénopathie. Santé générale parfaite, aucun signe d'amaigrissement ou d'affaiblissement.

Le fragment examiné est formé de nodules, de volume variable, au contact les uns des autres. Les plus petits naissent dans l'hypoderme et restent arrondis; les nodules plus superficiels, plus volumineux, s'allongent perpendiculairement à la surface de la peau. Ils restent séparés de l'épiderme par une couche que nous aurons à décrire. La limite des nodules est marquée par des traînées minces de tissu conjonctif.

1° *Nodules*. — Ils sont formés par l'agglomération de cellules peu serrées les unes sur les autres, qui, de temps en temps, tendent à former des nodules plus petits, mais jamais ceux-ci ne sont bien dessinés; c'est dans leur intervalle cependant que se trouvent des vaisseaux, peu nombreux, jamais volumineux.

A un fort grossissement, on distingue des cellules de plusieurs formes qu'on peut classer de la manière suivante :

a) La plupart des éléments, ceux qui forment la plus grande partie du tissu et qu'on trouve dans toute son étendue, sont des cellules variables dans leurs dimensions et leur forme, mais qui ont un trait commun, la présence d'un noyau ovalaire, très peu chromatique, avec un nucléole apparent, en somme identique aux noyaux des cellules conjonctives fixes.

Le protoplasma est toujours apparent, mal limité parfois, souvent arrondi; il se colore d'une manière diffuse par les couleurs d'aniline acides. Parfois, il envoie des traînées allongées qui peuvent unir les cellules entre elles.

La dimension de ces cellules est assez considérable, on peut évaluer en moyenne leur diamètre à 20 μ .

Il n'est pas rare d'y trouver des caractères de karyokinèse, et fréquemment on voit des éléments semblables aux précédents par leur protoplasma, toutefois plus volumineux, possédant deux ou trois noyaux.

On a ainsi toutes les transitions avec les cellules géantes que l'on voit

en quelques points, toujours à la périphérie des nodules. Elles offrent un protoplasma trouble et une couronne toujours incomplète de noyaux, ronds ou allongés, serrés les uns sur les autres. On en trouve dix, quinze par cellule.

b) Entre les cellules fondamentales, il existe de petits groupes d'éléments tout différents, en général amassés autour de vaisseaux. Ce sont des lymphocytes et des cellules à protoplasma colorable par les couleurs basiques : en appliquant la méthode d'Unna (bleu polychrome, créosol) on s'aperçoit qu'il s'agit en réalité de plasmastzellen. Parfois elles sont en grand nombre. On peut distinguer enfin des cellules polynucléaires, périvasculaires aussi ou éparées dans les nodules. Il n'est pas rare d'en trouver dans la lumière des vaisseaux.

Les vaisseaux intranodulaires sont, avons-nous dit, peu développés, mais ils ont en général une paroi propre, offrant des noyaux allongés.

Les cloisons internodulaires sont formées de fibrilles fines allongées, séparées par des vaisseaux lymphatiques et sanguins. La diapédèse y est peu marquée.

Les nodules sont séparés de l'épiderme par une couche peu épaisse répondant au corps papillaire ; on ne peut y relever d'autres lésions qu'un œdème plus ou moins marqué suivant les points. Quant à l'épiderme, il est aplati, les coins interpapillaires ont tout à fait disparu ; sa structure essentielle est peu modifiée. Sur les bords de la tumeur les papilles et les cônes interpapillaires reparaissent, allongés obliquement.

Dans la profondeur, la tumeur est en contact avec les faisceaux musculaires striés, les fibres sont séparées par des cellules lymphatiques abondantes, les vaisseaux sont dilatés, mais on ne trouve plus de cellules semblables aux cellules fondamentales de la tumeur. De place en place on retrouve du tissu conjonctif avec des mastzellen assez nombreuses.

Quelle idée doit-on se faire de pareilles lésions ? Au premier abord on pense à une maladie infectieuse, en voyant les cellules géantes, les éléments lymphatiques nombreux, en somme, qui parsèment les nodules. Mais par aucun procédé on ne peut colorer, en aucun point, des microbes : dans les cellules géantes il n'y a aucun bacille.

D'importants caractères distinguent les lésions de celles des infections connues. Dans celles-ci les éléments groupés subissent une évolution non seulement individuelle, mais régionale, peut-on dire : ceux du centre des nodules inflammatoires sont beaucoup plus altérés que ceux de la périphérie ; l'accroissement se fait dans cette dernière région, et en général, semble-t-il, bien plus par diapédèse que par prolifération de cellules fixes. Au moins les cellules y ont-elles pour la plupart les caractères des éléments lymphatiques, et la karyokinèse des éléments du tissu persistant est-elle tout à fait occasionnelle. Dans un sarcome du genre de celui que nous étudions l'augmentation des nodules se fait surtout par proliférations de cellules qui le constituent, et non par apport périphérique : les altérations des cellules sont

individuelles, l'une se transforme en cellule géante, alors que la voisine reste uninucléaire.

Malgré cela, il est difficile de ne pas être frappé de la présence dans un néoplasme d'altérations cellulaires qui appartiennent essentiellement aux infections. Les faits cliniques corroborent cette impression.

Unna a étudié quelques cas de sarcomes à cellules géantes, et observé des détails comparable aux nôtres. Les cellules de la tumeur, dit-il, dérivent évidemment des cellules fixes; elles sont souvent polynucléées et vacuolaires. Les cellules géantes peuvent offrir le type précis des cellules géantes infectieuses (syphilis, tuberculose), mais on peut aussi les trouver différentes avec des noyaux moins régulièrement disposés, avec un protoplasme trouble. Il les fait dériver des cellules de la tumeur, ce qui est plus que vraisemblable dans notre fait.

Les noyaux sarcomateux dans le cas d'Unna offrent souvent de la karyokinèse; le protoplasme des cellules peut dégénérer comme dans les granulomes infectieux. Unna est frappé de l'analogie de ces derniers avec le sarcome à cellules géantes, au point de vue de la structure intime.

Le secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 16 mai 1895.

Infection syphilitique par morsure du pouce.

M. ALBERS. — Il s'agit d'un homme de 28 ans. Fin février 1895, dans une rixe, il fut mordu au pouce gauche par son adversaire. Il en résulta une plaie insignifiante dont la cicatrisation fut rapide. Environ deux à trois semaines plus tard la place de la morsure devint rouge et au bout de quelques jours il survint une pustule jaunâtre qui fut ouverte par le malade. La plaie resta ouverte et, peu après, engorgement des ganglions axillaires. Dans le courant d'avril, syphilide maculo-papuleuse. On fit des injections de sublimé, la plaie fut pansée avec la gaze iodoformée.

M. LEWIN. — Ce n'est pas la salive, comme on l'admettait autrefois, qui contient le virus infectant, mais les plaques muqueuses existant dans la cavité buccale.

L'auteur tient en outre à faire remarquer que dans cette affection des doigts les ganglions cubitaux ne sont pas toujours engorgés. Il y a en effet deux sortes de vaisseaux lymphatiques ; les vaisseaux superficiels débouchent dans les ganglions axillaires, ceux situés profondément dans les ganglions cubitaux. Si donc la plaie est superficielle ce sont les ganglions axillaires qui se tuméfient, si elle est profonde ce sont les ganglions cubitaux.

M. SENATOR. — Combien de temps après la morsure s'est montré l'exanthème ?

M. ALBERS. — D'après les indications du malade, il se serait écoulé six semaines entre la morsure et l'apparition de l'exanthème. A. DOYON.

V^e CONGRÈS ALLEMAND DE DERMATOLOGIE (1)

Tenu à Graz, du 23 au 25 septembre 1895.

État actuel de la doctrine du pemphigus.

M. KAPOSI, *rapporteur*, s'est formé son opinion sur le pemphigus en se basant sur les principes enseignés par Hebra et sur les nombreux cas qu'il a observés avec lui, et plus tard aussi seul à la clinique dermatologique de Vienne. Le résumé de ses explications actuelles repose sur un tableau qu'il publiera plus tard en détail et qui se compose de toutes les

(1) *Wien. mediz. Presse*, 1895, p. 1518 et 1559.

observations de malades et des résultats d'autopsie tels qu'ils sont consignés dans les comptes rendus de l'hôpital de Vienne. Ce tableau comprend les cas cliniques de pemphigus des soixante-quinze dernières années, lui-même a observé ceux des trente dernières années. Sur 320 cas il y en a environ plus d'un tiers provenant de sa pratique privée. A ces principes qui sont assez clairs l'orateur n'a que peu de chose à ajouter et abandonne le reste à la discussion.

Le pemphigus végétant que Neumann a autrefois décrit comme une maladie spéciale, n'est en somme qu'une forme particulière de développement du pemphigus vulgaire. Le pemphigus isolé des muqueuses ne mérite pas non plus une place exceptionnelle, car après avoir duré plusieurs années il survient assez souvent une éruption sur la peau, bien qu'il arrive parfois que le pemphigus de la peau reste jusqu'à la mort sans pemphigus des muqueuses et, vice versa, ce dernier sans symptômes sur la peau. En s'appuyant sur les faits principalement après une longue évolution, on peut faire le plus souvent un diagnostic certain, fréquemment au début de l'affection. Il est possible de différencier même du pemphigus l'érythème bulleux, malgré des bulles volumineuses, sa longue durée et l'envahissement ultérieur du tronc, par sa localisation primitivement typique sur la face dorsale des mains et des pieds.

Au point de vue histologique on ne trouve absolument pas de différence entre le pemphigus et d'autres affections bulleuses : urticaire, érythème bulleux. Le plus souvent, il s'agit des bulles très superficielles formant en général des compartiments uniques, auxquels s'ajoutent d'ordinaire des hémorrhagies. Quant aux cellules éosinophiles dont Neusser, Gollasch, Lukasiewicz auraient récemment constaté la présence dans le contenu des bulles, elles ne sont nullement caractéristiques, car on les rencontre dans d'autres maladies, et dernièrement à Paris Leredde et Perrin les ont signalées dans la dermatite herpétiforme.

On regarde en général avec raison le pemphigus comme une maladie grave. La mortalité des cas qui rentrent dans la statistique indiquée ci-dessus ne s'élève qu'à 20 p. 100; cependant des cas trop nombreux ont été perdus de vue, dont il faut tenir compte dans une maladie qui dure toute la vie; par conséquent la mortalité doit être considérée comme beaucoup plus grande. Parmi les autres malades, qui étant améliorés quittent l'hôpital encore atteints de pemphigus, il en meurt certainement 30 à 40 p. 100. En somme, un petit nombre seulement mène une existence supportable. Comme causes de mort on a observé le plus souvent en dehors des maladies intercurrentes, celles produites par l'albuminurie avec abondante éruption de bulles, par conséquent épuisement général, amyloïdose des organes, lésions parenchymateuses du myocarde; le catarrhe intestinal, la pneumonie constituent des causes plus rares de mort. La nécropsie est d'ailleurs toujours négative, particulièrement aussi celle du système nerveux. Malgré quelques résultats positifs d'autopsie de la moelle qui proviennent de la clinique dermatologique de Vienne, il n'y a pas un matériel suffisant pour pouvoir s'exprimer avec certitude sur la nature nerveuse, on ne peut donc pas affirmer que les lésions de la moelle soient la cause du pemphigus.

Il est à noter qu'une variété de pemphigus passe ou peut se transformer en une autre variété. Si l'individu a été jusqu'à présent sain et robuste et atteint d'une forme bénigne de pemphigus, elle peut l'année suivante survenir sous une forme maligne, un pemphigus vulgaire dont la longue durée affaiblit le malade peut se transformer en un pemphigus foliacé. Le traitement a fait de grands progrès ; aussi est-il aujourd'hui plus facilement possible de faire franchir aux malades la période des formes malignes de la maladie.

Voici les conclusions du rapporteur :

1. Le pemphigus est une notion clinique claire. Cette notion n'est pas uniquement caractérisée par ses propriétés morphologiques (polymorphie), ni par ses caractères histologiques (participation plus ou moins grande des couches épidermiques et du corps papillaire), mais par l'ensemble de ses caractères et par le processus clinique.

2. La connaissance très limitée des causes de cette maladie et surtout notre ignorance prépondérante de son étiologie ne sont pas une raison pour nier l'existence du pemphigus en tant que type clinique, puisque notre conception des autres maladies de la peau est également obligée de faire abstraction de toute notion précise sur leur étiologie.

3. Chez un seul et même malade on peut observer dans le cours des mois et des années toutes les variétés possibles de forme et de mode d'évolution du pemphigus.

4. Il en résulte que les différents types du pemphigus représentent une seule et même maladie.

5. Les caractères cliniques et histologiques attribués aux formes chroniques, récidivantes, plus ou moins bénignes ou malignes et à évolution fatale de la dermatite herpétiforme correspondent en tout et pour tout à celles observées et décrites depuis longtemps dans le pemphigus ; elles sont donc identiques à cette affection.

6. Il n'y a par conséquent aucun motif de renoncer au nom classique, employé de tout temps et à la notion morbide de pemphigus, pour la dénomination moderne de dermatite herpétiforme.

7. Mais les variétés citées par les auteurs, évoluant en tant que processus aigus et bénins de la soi-disant dermatite herpétiforme de Dühring, correspondent aux types cliniques connus depuis longtemps sous les noms de : urticaire papulo-bulleuse, annulaire, gyrata, lichen urticarien, mais principalement à l'érythème multiforme d'Hebra dans ses formes vésiculo-bulleuses.

8. La dénomination de dermatite herpétiforme n'est donc nullement justifiée en ce qui concerne les formes érythémo-papulo-vésiculo-bulleuses, à marche aiguë.

9. L'orateur ne sait pas si, en dehors de la série des pemphigus et des autres affections ci-dessus mentionnées, mais déjà suffisamment connues et dénommées, il existe des maladies de ce genre avec érythèmes polymorphes et bulles qu'il y aurait lieu de désigner spécialement et seulement comme dermatite herpétiforme. Quant à lui, il n'a jamais rencontré de variétés qui n'aient été depuis longtemps connues et classées sous les dénominations antérieures, et par suite il ne s'est jamais trouvé en pré-

sence d'un cas qui lui ait paru justifier le diagnostic de dermatite herpétiforme.

M. ROSENTHAL, *corapporteur*, ainsi qu'on le verra, par ses conclusions très explicites, s'est non seulement limité à maintenir séparés la dermatite herpétiforme et le pemphigus, mais il s'est encore efforcé d'éliminer avant tout les processus qui sont encore compris çà et là dans la science sous la vaste notion de pemphigus.

Le pemphigus n'est nullement en lui-même une unité morbide. Il ne constitue pas une notion clinique claire, comme l'indique Kaposi. Les efforts fréquents de bon nombre de nouvelles publications de délimiter particulièrement quelques formes de pemphigus et de leur donner des noms nouveaux, constituent la meilleure preuve de la nécessité souvent sentie de séparer quelques formes morbides. En tout cas, il y a ici peu de clarté, la preuve en est qu'aujourd'hui encore, autrefois encore plus, il y a environ 50 variétés de pemphigus. L'étiologie doit être pour le moment laissée de côté comme offrant un domaine encore trop peu exploré. Si l'on ne s'en tient qu'aux caractères cliniques, il faut tout d'abord séparer la dermatite herpétiforme du pemphigus et la regarder comme une maladie spéciale.

Quand Kaposi objecte que les caractères cliniques de la dermatite herpétiforme se trouvent tous compris dans la description des cas de pemphigus, ceci ne prouve rien pour l'identité des deux processus, parce qu'on désignait autrefois toutes les affections similaires à priori comme du pemphigus. Il y a aussi des formes morbides que l'on a décrites sous le nom d'herpès iris circiné; leur aspect n'autorise pas ce rapprochement, elles appartiennent à la dermatite herpétiforme. Si même un clinicien comme Kaposi peut systématiser chaque cas, il n'en est pas moins vrai qu'on ne réussit pas à classer sous le nom de pemphigus qui dit tout et rien, les affections si multiples par leur aspect et leur marche et pourvues des épithètes les plus différentes.

Les conclusions de Rosenthal sont :

1. Le pemphigus, dans l'état actuel de la science, ne désigne pas une unité morbide, mais une forme élémentaire définie d'éruption de la peau.

2. Par conséquent, il faut séparer les groupes suivants :

A. Affections pouvant parfois déterminer des bulles, des eczémas à grosses vésicules, l'urticaire bulleuse, etc.

B. Toutes les dermatites bulleuses dans (a) maladies infectieuses : érysipèle, scarlatine, variole, pyémie, etc.; (b) à la suite de blessures des nerfs et d'inflammation : P. traumatique, nerveux, dans les affections du système central, myélite, tabes, etc.; (c) avec l'emploi de médicaments : dermatite bulleuse toxique. — C. Le P. syphilitique. — D. Le P. lépreux. — E. La dermatite bulleuse hystérique ou P. hystérique. — F. L'érythème bulleux comme une variété de l'érythème multiforme (Hebra). — G. L'herpès iris et circiné. — H. L'hydroa vacciniforme ou varioliforme (Bazin). — I. L'épidermolyse bulleuse héréditaire (Köbner). — K. La dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Ritter). — L. La dermatite herpétiforme (Dühring). Il faut regarder comme un progrès d'avoir systématisé ces affections avec les caractères cliniques les plus essentiels indiqués principalement par Dühring

et Brocq (polymorphie, paresthésie, tendance aux récidives, état général relativement bon). On a donné à cette forme morbide des nombreuses dénominations suivant l'acuité, la forme, etc. — M. Herpes gestationis. — N. L'impétigo herpétiforme (Hebra, Kaposi).

3. Seulement après la séparation de toutes ces formes de A à N. Il reste des cas sans polymorphie et disposition annulaire, sans paresthésies accusées. Ces cas ressortissent au pemphigus proprement dit.

Il faut toutefois ici aussi séparer du P. vulgaire, P. foliacé et P. végétant, le P. aigu qui dans sa marche avec fièvre ressemble beaucoup à une maladie infectieuse et le plus souvent se termine rapidement par la mort.

4. Il y a encore lieu de mentionner une inflammation congénitale bulleuse de la peau, qui est difficile à systématiser et provient vraisemblablement de troubles trophiques. Dermate bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes épidermiques (Hallopeau).

5. Cette classification ne résoud pas la question des maladies bulleuses de la peau, il existe encore un certain nombre de formes de transition.

Discussion. — M. PETRINI regarde comme illogique de supprimer le groupe du pemphigus vulgaire pour en édifier un autre du même genre avec la dermatite herpétiforme. La plupart des dermatologistes modernes, sacrifiant plutôt à une mode qu'à une nécessité, rangent sous cette dénomination une série de processus variés, par exemple des cas d'urticaire papulo-bulleuse, d'érythème multiforme, de dermatite pustuleuse, d'hydroa. L'orateur a vu des cas qu'il aurait aussi pu diagnostiquer comme dermatite herpétiforme, cas avec éruptions sur la peau, à caractère circiné et polymorphe. Mais on aurait pu tout aussi bien les diagnostiquer comme du pemphigus circiné, de l'érythème multiforme, bulleux, chronique, etc. En 1892, l'orateur dans son travail : Du pemphigus foliacé (Congrès international de Vienne) a établi, comme on le sait, trois types de pemphigus. Outre ces trois types, il y a encore un quatrième groupe de pemphigus à évolution bénigne chez les sujets jeunes, récidivant une ou deux fois et se terminant par la guérison. Ce dernier groupe rentre dans l'hydroa bulleux de Bazin. Outre celui-ci, Petrini voudrait encore ranger le pemphigus circiné, l'herpès iris, l'érythème iris, l'urticaire chronique « à petites papules » dans un groupe spécial, sous le nom de dermatite de Duhring, mais sans l'épithète « herpétiforme ». De cette façon, on est moins libre et on ne détruit pas la notion de pemphigus vulgaire. L'hydroa vacciniforme est un type qu'il faut placer à côté de l'hydroa simplex, qui par conséquent ne mérite pas, d'après Bazin, Rosenthal, d'être mentionné d'une manière spéciale.

M. ESCHERICH n'accepte pas la théorie de Rosenthal, concernant la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Ritter), que l'on considère ici comme un synonyme, donc comme identique au pemphigus des nouveau-nés. L'orateur propose, avant tout, d'employer l'expression pemphigus infantum, au lieu de pemphigus neonatorum, puisqu'il a vu cette affection souvent aussi chez des enfants de 6 à 8 ans. Ces cas-là guérissent toujours, l'état général est peu altéré. Dans les bulles, on trouvait bien des cocci, mais ils n'ont jamais été inoculables.

Absolument différents de ces cas, d'autres, au nombre de 5, de dermatite

exfoliatrice, soumis à son observation, évoluèrent différemment ; tous se terminèrent par la mort. Il survint dans ces cas, peu à peu sur tout le corps, un soulèvement et une décortication de la peau, épidermolyse généralisée. La marche de la maladie fut une fois sans fièvre, quatre fois accompagnée de fièvre avec altérations septiques, phénomènes très analogues aux symptômes que Ritter a décrits. La condition préliminaire de cette maladie paraît résider dans un état physiologique de la peau, spécial au nouveau-né. Jusqu'à présent on n'a pas découvert d'autres causes.

M. SCHWIMMER rappelle la discussion qui a eu lieu au Congrès de Paris (1889) pour justifier la création de la dermatite herpétiforme de Duhring. Le professeur Kaposi va trop loin en contestant l'existence de cette maladie. L'orateur, dans les cinq dernières années, a vu 24 cas de pemphigus, outre 18 cas de dermatite herpétiforme. Admettons que la proportion des cas de pemphigus soit un peu plus forte, en ce qui concerne la dermatite, elle a le type clinique propre décrit par Duhring, légitimé tout au moins par le pronostic. C'est ainsi que Schwimmer, sur 24 malades atteints de pemphigus, a constaté presque 50 p. 100 de mort, et sur les 18 malades atteints de dermatite herpétiforme, à peine un seul cas de mort jusqu'à maintenant. Cliniquement, l'orateur a le sentiment que toutes ces lésions sont en rapport avec le système nerveux, car la peau, embryologiquement, est en rapport étroit avec l'appareil nerveux.

M. NEUMANN n'a jamais vu de cas — même il ne peut regarder comme tels ceux présentés par Brocq à Paris — qu'il pourrait désigner comme une variété spéciale de dermatite herpétiforme. Il ne nie pas, en effet, qu'ils puissent survenir ou que Duhring ne les a pas vus.

Le pemphigus foliacé vulgaire devient du pemphigus chez un sujet affaibli, dont la nutrition est mauvaise. Mais le pemphigus végétant est déjà au début une forme spéciale, donc une maladie sui generis et non une variété du pemphigus foliacé. Il y a des individus qui ont du pemphigus sous l'influence d'irritations extérieures, par exemple dans le creux de l'aisselle, sur la conjonctive après des opérations sur les yeux.

Il est possible de faire le diagnostic d'après certains signes cliniques, groupement annulaire de quelques efflorescences, même seulement d'après des croûtes. Par conséquent, en dehors du pemphigus vulgaire, du pemphigus foliacé, du pemphigus aigu, du pemphigus végétant, Neumann ne connaît pas d'autres variétés.

M. NEISSER s'étonne que Neumann n'ait jamais vu de cas pouvant être décrits comme des cas de dermatite herpétiforme. Pour peu que Kaposi s'y prête, comme il l'a fait déjà en ce qui concerne la différenciation entre le lupus et la tuberculose de la peau, on pourra peut-être aussi arriver ici à une unification des deux maladies. L'orateur tient tout particulièrement le pemphigus végétant pour une forme spéciale, justifiée au point de vue clinique. Selon lui, la strychnine pourrait donner d'excellents résultats, aussi conseille-t-il son emploi méthodique. L'épidermolyse sans inflammation, indiquée par Escherich, est importante à signaler. Il faut par suite élaguer les affections qui produisent des bulles avec inflammation.

M. KOPP met en garde contre l'emploi prématuré du crayon de nitrate d'argent, et d'autres agents caustiques dans les affections bulleuses de la

cavité buccale. Il est facile de prendre pour des plaques syphilitiques, la muqueuse exulcérée par des bulles de pemphigus.

M. KAPOSI. — Toutes les variétés de pemphigus peuvent survenir sur un seul et même individu observé pendant longtemps. Le cas habituel est le pemphigus vulgaire; la maladie apparaît toujours d'une manière inopinée, ce qui montre bien notre ignorance relativement à l'étiologie de cette affection; de ce pemphigus vulgaire dérive alors, suivant les circonstances, un pemphigus foliacé ou végétant, qui plus tard se transforme en un pemphigus prurigineux. Quant à la question de l'inflammation concomitante, elle n'est pas importante, car il y a des cas de pemphigus, même avec inflammation, qui dépendent de processus locaux, d'arrêt de la sécrétion, etc. L'orateur ne peut donc pas regarder les cas mentionnés par Escherich comme d'une importance capitale pour la signification étiologique de chaque cas. En ce qui concerne la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés, elle provient d'un trouble vaso-moteur, d'une parésie des capillaires de la peau, occasionnée par des troubles de la respiration; il se produit dans ces cas une exsudation séreuse tout autour des vaisseaux, un soulèvement de l'épiderme et une dénudation du chorion sur de vastes étendues. Les enfants succombent par suite de la perte de chaleur par la peau, sans qu'il y ait invasion de cocci. L'orateur a vu bon nombre de cas de ce genre provenant de la clinique d'accouchement et de l'hospice des enfants trouvés. Il montre en outre de nombreux dessins faits par Heitzmann d'après les originaux, différentes variétés de pemphigus telles qu'elles surviennent sur un même individu à diverses époques et avec des aspects tout à fait différents; comment, par conséquent, une variété de pemphigus peut se transformer en une autre.

Relativement au pronostic, on ne peut rien prévoir pour les formes en apparence bénignes. L'orateur a vu le pemphigus vulgaire ou circoné, variétés en elle-mêmes bénignes, avoir une terminaison fatale. La dermatite herpétiforme est la réunion en partie d'érythème multiforme et d'autres affections bulleuses, urticaire, etc., en partie de pemphigus. Autrefois, les cas de dermatite herpétiforme n'étaient que bénins, actuellement il y a même des cas de mort, et c'est là une preuve qu'il s'agit ici de cas de pemphigus.

M. ROSENTHAL voudrait comme résultat de la discussion relever seulement trois points : 1° la reconnaissance du pemphigus aigu niée jusqu'ici de différents côtés; 2° l'accord sur l'existence du pemphigus végétant; 3° la concordance sur le pronostic du pemphigus qui autrefois était toujours regardé comme défavorable tandis qu'aujourd'hui on admet en général un pronostic un peu moins mauvais, Contrairement à ce qu'a dit Petrini, l'orateur rappelle que l'hydroa vésiculeux n'a pas été oublié, mais a été mentionné dans le paragraphe VII comme synonyme de l'herpès iris.

Rosenthal ne peut considérer comme une affaire de mode la description de la dermatite herpétiforme; d'ailleurs Petrini se met en contradiction avec lui-même, attendu qu'il regarde le pronostic comme fâcheux. Sous quelle rubrique range-t-il alors les cas à évolution bénigne ?

L'orateur partage la manière de voir d'Escherich d'autant plus qu'on doit séparer la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés de l'ichtyose congénitale.

L'opinion de Neumann lui paraît incompréhensible, à savoir qu'il n'a jamais vu un cas dans lequel il pouvait faire le diagnostic de dermatite herpétiforme.

Rosenthal trouve dans le petit nombre de malades qu'il observe chaque année 8 à 10 cas de ce genre. Quant aux végétations du pemphigus végétant décrit en premier lieu par Neumann, il les regarde, comme la suite probable de l'influence secondaire de micro-organismes, ce qui est très possible vu le siège humide de ces efflorescences (creux des aisselles, organes génitaux). La question capitale est et reste la suivante : existe-t-il une dermatite herpétiforme qui se transforme ou non en pemphigus ? Pour l'orateur cette question est depuis longtemps résolue d'une manière affirmative.

(*A suivre.*)

A. DORON.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ (1)

Séance 21 du février 1895.

Hémiathétose d'origine syphilitique.

M. EWALD présente une malade atteinte d'hémiathétose. Outre les troubles de la motilité qui dans ce cas sont très accusés dans la main et le pied du côté gauche et très caractéristiques de cette affection, cette malade a sur la paroi postérieure du pharynx une ulcération arrondie, divisée par une bande étroite de peau, avec bords lisses, tranchés. Cet ulcère d'après son aspect est incontestablement de nature syphilitique. La malade du reste avoue avoir eu une ulcération syphilitique sur les organes génitaux.

On sait que l'hémiathétose se manifeste sous les deux formes suivantes : idiopathique (primitive) et symptomatique ; cette dernière forme s'observe surtout dans le cours d'anciennes hémiplegies. Jusqu'à présent l'auteur n'a jamais rencontré un cas d'hémiathétose dite idiopathique, ces cas sont très rares.

La malade dont il est question est une jeune fille de 19 ans et elle n'est souffrante que depuis le commencement de l'année précédente.

D'abord il se produisit des mouvements caractéristiques de l'hémiathétose et ce n'est que plus tard que survint la lésion buccale. Ces mouvements involontaires sont devenus de plus en plus accusés, au point que la malade est incapable de se livrer à un travail quelconque.

L'auteur prescrivit alors une cure de frictions. Ce traitement a donné un résultat complet, c'est-à-dire qu'il ne reste plus aucune trace des mouvements athétosiques.

Ewald discute ensuite le diagnostic. Il ne saurait être question dans ce cas ni d'hémichorée ni d'hystérie. Les mouvements dans la première de ces deux affections sont tout à fait différents de ceux qui existent dans le cas actuel. En second lieu, on ne pouvait songer à l'hystérie, la malade

(1) *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 576.

ne présentant aucuns stigmates de cette névrose, pas d'ovarie, pas de troubles de la sensibilité, et son état psychique n'a pas de rapport avec celui d'une hystérique.

Il s'agit donc certainement ici d'un cas typique d'hémiathétose. Quant à la cause, il faut sans doute la chercher ici dans une altération d'origine syphilitique, de l'écorce du cerveau ainsi qu'en témoigne la rapidité avec laquelle la maladie a guéri sous l'influence de la cure antisypilitique.

A. DOYON.

67^e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS A LUBECK

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (1)

Séance du 17 septembre 1895.

M. ALEXANDER parle sur les **lésions des vaisseaux dans les maladies syphilitiques des yeux**. Après avoir démontré que, déjà au XVII^e et au XVIII^e siècle, il a été fait mention par Malpighi et ses élèves de la maladie syphilitique des grosses artères du corps, que, par contre, ce n'est qu'en 1874 qu'Heubner a fait connaître les altérations spécifiques des petites artères, particulièrement des artères du cerveau, l'auteur décrit, comme une conséquence logique, de poursuivre également dans l'œil les maladies syphilitiques, puisqu'on sait quel rapport histogénétique rapide existe entre l'organe de la vision et le cerveau. En ce qui concerne les maladies du tractus uvéal, il faut rattacher les inflammations syphilitiques de l'iris exclusivement à des lésions vasculaires, puisque, comme Michel et Fuchs l'ont démontré à plusieurs reprises, les parois des vaisseaux de l'iris étaient, dans les cas qu'ils ont observés, le siège d'une dégénérescence gommeuse et la lumière du vaisseau était obstruée par des proliférations de la rétine. D'autre part, on ne peut expliquer le glaucome syphilitique, dont l'existence est incontestable, que par la dégénérescence gommeuse des vaisseaux du chorion. De même dans les affections syphilitiques de la rétine, les lésions vasculaires jouent un rôle considérable; Ostwald est même disposé à rapporter toutes les maladies syphilitiques de la rétine à une dégénérescence gommeuse des vaisseaux et à soutenir que les altérations des vaisseaux de la rétine ont, dans un très grand nombre de cas, une importance séméiotique pour la modification ultérieure des vaisseaux du cerveau, et par suite pour la syphilis cérébrale. L'orateur n'a trouvé le tableau indiqué par Ostwald d'une rétinite syphilitique provoquée par des lésions vasculaires que dans les cas si rares et si tenaces de rétinite centrale récidivante.

Uthoff n'a rencontré que rarement des lésions des vaisseaux de la rétine chez des individus morts de syphilis cérébrale.

L'inflammation primaire, gommeuse, du nerf optique résulterait probablement aussi de ce que les parois de l'artère centrale de la rétine sont

(1) *Dermatolog. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 525.

tout d'abord envahies et à ce que de là l'inflammation s'étend aux fibres centrales du nerf optique.

Enfin l'orateur signale encore la participation du système vasculaire dans la kératite parenchymateuse syphilitique.

M. UTHOFF dit que les glaucomes syphilitiques sont très rares. En général, il s'agit, d'après lui, de maladies des artères de la rétine. Dans l'examen de dix-sept cas de syphilis cérébrale, il a sans doute trouvé des altérations assez considérables et, en connexion avec elles, de la choroidite et de la rétinite; on rencontre très rarement des lésions périphériques des artères de la choroïde et de la rétine. C'est donc une erreur de chercher la cause primaire dans des lésions périphériques. La névrite optique serait spécifique et l'expérience en aurait montré la réalité.

M. HORSTMANN indique que dans le rétrécissement concentrique il s'agit non pas de maladies périphériques, mais de maladies centrales. Le plus souvent, le nerf optique est atteint dans sa partie intra-crânienne.

M. EVERSBUCH dit que l'aspect spécial de l'infiltration autour des vaisseaux de la rétine se produit à peine dans la rétinite albumineuse. Il n'est pas particulier à la syphilis.

M. UNNA présente une **nouvelle base pour les vernis**, avec laquelle il croit pouvoir terminer ses longues recherches relatives aux vernis de la peau solubles dans l'eau, attendu que ce vernis, consistant en gélatine et gomme adragante, répond à toutes les exigences que l'on peut demander à un vernis soluble dans l'eau. Il tient en suspension tous les médicaments connus, il est liquide, s'étend en couches minces, sèche rapidement, n'est pas trop raide, s'enlève facilement avec de l'eau chaude et est très bon marché.

M. UNNA présente des **préparations de nævi mous des nouveau-nés** et appelle l'attention sur la séparation de l'épithélium provenant de l'endothélium de l'enveloppe des follicules pileux et des canaux glomérulaires, qui provoque la formation des foyers cellulaires connus.

M. RIBBERT ne peut pas admettre les déductions d'Unna, attendu que les amas de cellules dans le tissu conjonctif se distinguent de l'épithélium d'après leur aspect, le protoplasma plus clair, le noyau plus transparent, l'absence du bord épineux. On ne peut donc pas les confondre. L'opinion d'Unna est motivée par le contact fréquent intime des deux espèces de cellules, mais entre lesquelles la limite ressort toujours nettement.

M. O. ISRAEL fait remarquer que l'on ne saurait trancher la question de la propriété histologique des cellules que par l'examen des tableaux complets. Des coupes verticales et des coupes horizontales dans un organe dont la surface est aussi irrégulière que la peau n'ont, surtout dans les nævi, qu'une valeur relative et doivent être traitées avec de grandes précautions.

M. UNNA réplique à M. Ribbert que les tableaux en faveur de la juxtaposition des endothéliums et des épithéliums peuvent ne se rapporter qu'aux nævi des adultes, tandis que ceux des enfants et des nouveau-nés présentent une transition directe des deux espèces de cellules et en outre, que dans des coupes obliques, on peut confondre des amas juxtaposés du derme avec des bourrelets épithéliaux coupés de la surface,

mais jamais les bourrelets qui se détachent latéralement des follicules pileux et des canaux glomérulaires ne sont produits par des coupes obliques.

M. UNNA. — Des recherches ultérieures sur la *pie dra columbica* et la *pie dra nostras* ont montré que non seulement la *pie dra columbica* est une maladie du poil différente de la *pie dra nostras* sous beaucoup de rapports, mais aussi que les deux seuls cas connus jusqu'à présent de *pie dra nostras*, celui de Behrend et celui d'Unna, ne sont pas identiques. Les hyphes et spores sont de grosseur variable, présentent certaines différences à la culture et particulièrement liquéfient plus ou moins la gélatine. Dans les nodosités de la *pie dra columbica* il existe des formations spéciales qui paraissent analogues aux grains de l'actinomyose.

M. LASSAR en conclut que les recherches étiologiques d'Unna et ses efforts de classification ont comme contre-poids principalement ce fait que le même aspect clinique ne pourrait pas être produit par des agents morbides différents. L'organisme n'a en effet qu'un champ étroit de réaction et il peut par conséquent réagir d'une manière en apparence similaire sous l'influence de micro-organismes analogues et pourtant différents, en raison de leur différence de conformation.

M. E. R. W. FRANK recommande le **traitement du chancre mou par la formaline** qui a une action analogue à celle de l'acide phénique pur. Elle détruit la virulence du chancre mou en un temps très court. Au bout de douze heures la surface de l'ulcère est complètement sèche. On a l'impression que la partie malade du tissu est comme gelée. Dans les ulcères peu profonds il suffit de passer une seule fois d'une manière énergique avec un bâtonnet de bois entouré d'ouate. S'il s'agit d'infiltrations profondes, il faut répéter les badigeonnages encore une fois au bout de deux jours. On panse ensuite simplement avec de l'ouate. Après six jours la couche cautérisée se détache et il reste une plaie presque lisse qui se cicatrise complètement en un ou deux jours. Pas plus que l'acide phénique conseillé dans le même but par Neisser, la formaline ne produit d'induration.

M. LASSAR. — Le traitement avec la formaline est douloureux, principalement quand on l'applique sur des condylomes acuminés. Il recommande, au lieu de la formaline, des lavages avec l'eau salicylée et des onctions avec de l'huile salicylée (2 p. 100). Il met en garde contre les cautérisations avec les agents chimiques et est partisan du traitement purement mécanique du chancre mou (excision). Paquelin, raclage.

M. UNNA a employé aussi la formaline, mais il l'a abandonnée comme trop douloureuse; d'autre part, dans les cas qu'il a observés la durée du traitement était longue en comparaison de sa méthode opératoire (ablation avec le rasoir et traitement consécutif avec l'iodoforme).

M. FRANCK réplique qu'avec un seul badigeonnage fait convenablement la durée du traitement est en général plus courte (six à huit jours) qu'avec toutes les autres méthodes. La sensibilité est beaucoup plus faible que par exemple avec le nitrate d'argent.

Séance du 18 septembre.

M. ENGEL-REIMERS montre des **dessins de formes différentes de**

papules sèches et humides de la conjonctive bulbaire et palpébrale. Ces lésions considérées comme rares sont en réalité très fréquentes, on les observe à l'hôpital de Hambourg dans environ 10 p. 100 de tous les cas de syphilis précoce. Elles passent très facilement inaperçues, car elles ne provoquent pas de phénomènes d'irritation sur la conjonctive et aucuns malaises subjectifs.

LE MÊME ORATEUR expose ensuite en détail un **cas de mélanome** chez un enfant atteint de syphilis héréditaire, qui apparut trois jours après la naissance; après des rémissions et des exacerbations, la mort ne survint que quatre semaines plus tard. A l'autopsie on trouva, disséminées dans toute la moelle, des dégénérescences en foyers dans les cordons latéraux et postérieurs avec destruction des fibres nerveuses et néoformation de tissu glutineux compact comprenant de nombreux petits foyers hémorragiques, absolument identiques à ceux qu'on rencontre dans les altérations de la moelle, dans l'anémie pernicieuse. Seulement ici, en opposition à ce qu'on trouve dans cette dernière maladie, on constatait d'une façon certaine partout l'apparition de foyers morbides par suite de lésions vasculaires. D'ailleurs nombreuses hémorragies dans les organes thoraciques et abdominaux, ostéochondrite syphilitique des os longs. Pendant la vie pas de poikilocytose, mais seulement nombreux corpuscules rouges du sang contenant des noyaux.

M. E. R. W. FRANCK est partisan de la méthode de Janet telle qu'elle est indiquée dans son dernier travail sur le traitement de la blennorrhagie. Il considère cette méthode comme abortive et conduisant en général d'une manière certaine au but. Voici les résultats qu'il a obtenus. Dans la blennorrhagie aiguë, les gonocoques disparaissent en général au bout de trois à cinq jours. La guérison a lieu dans des cas favorables après douze à quatorze jours; dans le cas contraire la maladie peut durer de trois à quatre semaines. Il n'a pas constaté chez les malades 90 p. 100 de guérison en dix jours, comme l'indique Janet. En résumé, la méthode de Janet abrège notablement le processus blennorrhagique comparativement aux autres procédés et n'occasionne jamais de complications. Au lieu de l'hypermanganate de potasse, l'orateur emploie avec de bons résultats et de la même façon l'hypermanganate de chaux.

M. UNNA croit que dans la blennorrhagie aiguë la méthode ancienne d'injection avec certaines précautions donne de meilleurs résultats. Il a rarement employé la méthode Janet, mais il se propose de le faire en suivant les nouvelles règles précises tracées par cet auteur.

Séance du 19 septembre.

M. UNNA parle du **purpura sénile**. Il a été décrit par Bateman et admis par Rayner, Wilson et Fuchs, mais ensuite confondu d'une part avec le purpura simplex des vieillards (Cazenave), de l'autre avec le purpura variqueux (Reider) et tomba dans l'oubli. Les observations de l'orateur confirment les recherches de Bateman. Il s'agit histologiquement soit d'hémorragies par rupture, soit de lésions semblables par diapédèse dans un derme très dégénéré.

Unna présente ensuite des **préparations de maladies de la peau par embolie** ; il démontre sur des préparations histologiques le mode d'invasion des streptocoques dans le tissu de la peau, dans la phlycténose streptogène, et des staphylocoques dans la pustulose staphylogène, principalement en ayant soin de bien distinguer l'invasion tout à fait différente des staphylocoques dans le cas de leur pénétration par l'extérieur dans la peau dans l'impétigo purulent.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE RUSSE

Séance du 29 avril 1895.

Maladie de Morvan.

M. G. Koudriavski a présenté un homme de 34 ans, chez lequel s'est montré, il y a neuf ans, une parésie des deux membres supérieurs ; trois ans plus tard ont commencé à se développer des panaris avec nécrose des phalanges, et au bout d'un temps assez court le malade perdit les premières phalanges de quatre doigts. Il y a anesthésie complète de l'extrémité céphalique, des deux poignets et de la face postérieure de l'avant-bras ; à la région antérieure la sensibilité à la douleur est conservée ; aux épaules il y a dissociation de la sensibilité thermique (perte de la sensibilité de la chaleur).

On trouve en outre au coude et à l'épaule des cicatrices de bulles rompues qui pendant longtemps ne se cicatrisaient pas. On n'a pas signalé de lèpre dans la région qu'avait habité le malade.

En se basant sur les symptômes constatés, l'auteur a porté le diagnostic de maladie de Morvan.

Pour M. Danillo la maladie de Morvan ne doit pas être distinguée de la syringomyélie.

Le professeur Tarnowski pense que les cicatrices sont peut-être consécutives à du pemphigus leprosus ; les troubles de la sensibilité constatés chez ce malade ne sont pas classiques de la syringomyélie ; les nerfs ne paraissent pas modifiés.

Mycosis fongoïde.

Le malade présenté par M. A. Stepanoff a souffert, il y a environ quarante ans, d'une affection hépatique ; peu de temps après il s'est aperçu de l'apparition sur le corps de deux petites taches jaunes étendues. Quatre ans plus tard la peau commença à perdre peu à peu sa souplesse et à se couvrir de taches ; ces troubles se développaient très lentement, pendant des années. Depuis 1887 les taches ont commencé à s'étendre à tout le corps et à desquamer, parfois apparaissaient des gerçures suintantes ; l'affection n'est pas prurigineuse. Après des traitements variés chez un nombre considérable de médecins, le malade est entré dans le service du rapporteur ; les bains de chaleur sèche même à 68° R. n'arrivent pas à provoquer la sudation. Aujourd'hui il est traité par des injections d'arsenic.

Le professeur Tarnowski qui avait vu le malade avait porté le diagnostic de mycosis fongolde à la première période.

Pour M. T. PAVLOFF, il s'agit plutôt ici de pityriasis rubra pilaris de M. Besnier ; mais M. TARNOWSKI, tout en maintenant son diagnostic antérieur, remarque qu'en effet la lésion ressemble au pityriasis de M. Besnier, mais s'en distingue par l'absence de lésions nettes des follicules, par le suintement de la peau atteinte qu'on observe par moment et par la marche progressive et non par accès.

Trichorrhexis nodosa.

Ayant porté son attention sur cette affection M. O. PETERSEN a pu en recueillir dans une courte période de temps, 47 observations d'âge, de sexe et situation différentes. La plupart de ces malades n'ont jamais habité Constantinople où l'affection en question serait fréquente. La trichorrhexis nodosa est, d'après l'auteur, une affection parasitaire ; M. ESSEN étudie spécialement cette question. Des soins insuffisants des cheveux favorisent le développement de la maladie.

Épilepsie corticale syphilitique.

M. DANILLO a montré des photographies et des préparations histologiques du cerveau d'un malade présenté à la Société en 1891 et 1892 et sur lequel l'auteur avait étudié les oscillations de la pression intra-crânienne pendant l'épilepsie corticale et l'électrisation de la tête. Ce malade, observé par M. Danillo de 1890 jusqu'à avril 1895 (époque de la mort), avait des pertes de solution crâniennes. L'étude des symptômes observés chez ce malade prouve qu'une destruction lente de la substance blanche ou grise des circonvolutions frontales n'amène pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles, puisque ce malade était en état de gagner sa vie et n'entrait que rarement à l'hôpital. La lésion crânienne est due probablement à la syphilis héréditaire. La gomme quoique située en dehors de la zone motrice, arrivait, probablement par suite des modifications circulatoires, dans celle-ci et donnait ainsi lieu aux attaques d'épilepsie.

Le professeur TARNOWSKI a aussi observé un cas d'épilepsie jaksonnienne (jusqu'à 40 attaques par 24 heures) chez une malade syphilitique ; la connaissance n'était pas complètement perdue pendant ces accès qui se sont montrés en même temps que les céphalées. Le formiate de mercure a beaucoup soulagé la malade, mais elle a conservé la parésie d'un membre et un certain degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Institution d'ambulances sanitaires pour la lutte avec la syphilis dans les campagnes.

M. GUERTZENSTEIN a lu un long rapport sur les moyens de combattre la syphilis dans les campagnes. Le nombre de syphilitiques augmente en Russie en proportion arithmétique presque régulière ; cette augmentation est loin d'être en rapport avec l'accroissement de la population et le nombre d'autres malades. De la statistique des maladies vénériennes en Russie, dressée pour les années 1876-1892, il résulte qu'en 1888-1892 le

nombre de malades atteints de syphilis a doublé et qu'il comprenait les 2/3 p. 100 de la population. Dans 34 gouvernements 1/10-1 p. 100 des habitants et au-dessus sont syphilitiques. D'après les chiffres qui donnent le nombre de syphilitiques par districts et par année, on voit que dans les régions où la syphilis existe la population en devient de plus en plus atteinte. Dans 65 districts on a observé 2 p. 100 de syphilitiques, et cela souvent pendant trois, quatre, cinq années.

Dans un district du gouvernement de Samara il y eut, en 1892, 26,977 syphilitiques ; ce chiffre dépasse celui des syphilitiques traités en 1893 dans toute l'Autriche, et est deux fois et demie plus grand que celui des syphilitiques qu'on observe chaque année dans toute l'armée russe. Enfin l'examen des villages et campagnes, fait maison par maison, a démontré qu'à côté de villages absolument indemnes il y en a d'autres plus ou moins atteints (parfois jusqu'à syphilisation complète) de syphilis plus ou moins ancienne.

Étant données d'une part cette fréquence, d'autre part la dégénérescence et la dépopulation qui en sont la conséquence directe, c'est à l'État d'entreprendre la campagne contre la syphilis, car ce ne sont ni les municipalités, ni les zemstvos qui sont en mesure de lutter efficacement contre le fléau. Passant à l'étude des causes de la propagation de la syphilis, le rapporteur met en première ligne les professions pour lesquelles les villageois et campagnards s'en vont dans des villes d'autres gouvernements que ceux où ils habitent. De cette façon les ouvriers sèment la syphilis là où ils vont et dans leurs pays quand ils reviennent. La prostitution et le service militaire ne viennent, comme cause, qu'en second lieu car ils ne favorisent que la syphilis génitale qui appartient surtout à la ville ; mais à la campagne, c'est la contagion extra-génitale qui règne. Pour que les mesures sanitaires réussissent, elles doivent soulever dans la population le besoin et le désir de lutter contre la syphilis.

Dans la dernière partie de son rapport, M. Guertzenstein a étudié les mesures à entreprendre et les moyens de les mettre en pratique. L'hospitalisation des syphilitiques ne peut avoir à elle seule de valeur pour un grand nombre de campagnes russes, où il faudrait plutôt chercher à isoler les bien portants. Le traitement ambulatoire ne peut pas, non plus, répondre au but cherché car, d'après ce qui s'est passé jusqu'ici, les malades n'y viennent le plus souvent que pour la syphilis secondaire, et encore n'est-ce pas d'une façon régulière. Le meilleur moyen de lutter avec la syphilis est, d'après le rapporteur, d'instituer des détachements sanitaires envoyés dans les gouvernements les plus éprouvés au point de vue de la syphilis. Ces détachements doivent avoir un personnel et des moyens suffisants pour pouvoir, en cas de besoin, ouvrir provisoirement des hôpitaux ; et aussi pour pouvoir soutenir matériellement les familles dont les principaux travailleurs seront en traitement à l'hôpital provisoire. Bien entendu, ces détachements sanitaires ne refuseront pas leurs secours aux non-syphilitiques. Cette façon de faire les choses demandera, certes, des sommes considérables, mais les épidémies de peste de Vetlianka et le choléra de 1892 n'en ont pas englouti moins, et pourtant aucune des épidémies les plus graves d'une maladie aiguë ne joue un rôle aussi

important, au point de vue sanitaire, que la syphilis quand elle atteint un degré d'extension aussi considérable.

Ce qui importe encore, c'est de ne pas donner à toutes ces mesures un caractère trop spécial, pour ne pas éloigner la population, honteuse d'être atteinte de la « mauvaise maladie ». Les rapports de MM. Frinowski et Tschapine ont démontré que lorsque la population avait été convaincue de la nécessité de venir en aide au gouvernement dans cette lutte, elle faisait pour cela tout son possible, donnait de l'argent et demandait à faire venir des spécialistes. Les détachements sanitaires ne doivent pas gêner ou troubler l'ordre établi ; ils doivent compléter la main-d'œuvre et les moyens pécuniaires là où ceux-ci manquent et fonctionner tant que le besoin s'en fera sentir.

En terminant, le rapporteur arrive aux conclusions suivantes :

- 1) La syphilis fait dans le peuple russe des progrès incessants. 2) A cause de ce développement considérable, la syphilis ne peut pas être efficacement combattue localement, d'autant plus que les moyens locaux sont trop insuffisants à cet effet ; la lutte générale avec la syphilis dans tout l'empire doit être entreprise par le gouvernement, qui seul a à sa disposition assez d'argent et de médecins pour pouvoir espérer une victoire.
- 3) Dans les gouvernements où le secours médical est organisé d'une façon assez satisfaisante, les zemstvos pourront eux-mêmes organiser les détachements sanitaires, le gouvernement n'ayant besoin de leur venir en aide que matériellement.
- 4) Dans les gouvernements les plus atteints, il faut envoyer des détachements spéciaux dirigés par des médecins, possédant un personnel inférieur suffisant et ayant assez d'argent non seulement pour pouvoir soigner les malades, mais encore pour assurer le pain aux familles dont les ouvriers seront obligés de rester à l'hôpital.
- 5) Ces détachements doivent se grouper autour d'un hôpital provisoire ; le personnel médical inférieur (officiers de santé, infirmiers) est réparti dans les campagnes voisines ; il serait à désirer que les populations ne s'aperçoivent pas que c'est surtout contre la syphilis qu'on lutte.
- 6) Tout le personnel médical inférieur doit au préalable recevoir une instruction spéciale dans des services de maladies vénériennes.
- 7) Ces détachements doivent tout d'abord être expédiés dans les gouvernements du Volga, dont les habitants vont surtout dans d'autres gouvernements chaque année chercher du travail.

S. BRODO.

L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

D'APRÈS LES TRAVAUX DE M. UNNA

Analyse critique par J. Darier.

(2^e article) (1).

VIII. — Catarrhes humides de la peau (*suite*).

(*Eczéma.*)

J'avoue que c'est avec un vif intérêt que j'ai abordé la lecture du chapitre consacré à l'eczéma, qui résume les travaux antérieurs d'Unna sur ce sujet. Ce chapitre est long et divisé en paragraphes nombreux ; je vais m'efforcer de le résumer aussi brièvement, mais aussi exactement que possible.

Unna commence par mettre à part l'*eczéma aigu vésiculeux primitif*, qui se présente sous forme de vésicules miliaires jaunes disséminées, séparées de la peau saine par un halo rouge. (Il faut se garder de le confondre avec l'eczéma aigu d'Hebra, lequel est d'ordinaire une dermatite artificielle.) Ces vésicules sont histologiquement situées sous la couche cornée, uniloculaires, mais mal limitées ; leur contenu est formé de leucocytes, de sérum abondant et de cellules épithéliales en partie ballonnées, et contient de très nombreux morocoques. Il y a en outre de l'œdème, de l'hypertrophie des cellules, et des mitoses nombreuses dans le derme et dans l'épiderme du voisinage. Ces vésicules doivent être absolument différenciées de celles de l'impétigo staphylogène ainsi que des *vésicules secondaires* de l'eczéma, dont il va être question tout à l'heure. L'eczéma aigu vésiculeux primitif est dû à une inoculation locale de morocoques, et on peut le reproduire expérimentalement sous une forme identique à l'aide de cultures de ces microbes.

Cette forme, qui est le seul eczéma aigu véritable, étant connue, il n'y a plus à envisager que l'*eczéma chronique*, lequel, malgré une grande diversité apparente, constitue une dermatose assez uniforme et bien homogène. Ce n'est pas que l'eczéma chronique comporte une série régulière de stades, comme on l'enseigne classiquement ; il s'en faut de beaucoup que tout eczéma parcoure un cycle évolutif comprenant des états papuleux, vésiculeux, suintant, rouge et desquamatif. Mais l'unité et l'homogénéité de la maladie sont démontrées par l'histologie, qui prouve que tout eczéma est un syndrome constitué par trois lésions histologiques, lesquelles se combinent entre elles en proportion variable et peuvent se compliquer de lésions surajoutées, d'où résultent toutes les variétés en apparence si polymorphes.

Ces trois lésions histologiques correspondent à trois manifestations dermatologiques : à la desquamation répond la parakératose ; l'état papu-

(1) Voir numéro d'octobre, p. 902.

leux dépend de la prolifération épithéliale ; la vésiculation résulte de l'état spongoïde de l'épiderme.

1° La *parakératose*, cette altération de la kératinisation qui se retrouve dans toutes les formes d'eczéma, les plus bénignes comme les plus graves, est due, selon Unna, à un œdème parenchymateux de la « couche épithéliale de passage ». On désigne ainsi la rangée, ou les rangées de cellules qui séparent le corps muqueux humide et vivant de la couche cornée kératinisée. Un état anormalement succulent de cette couche aurait pour effet d'empêcher ou de modifier la kératinisation ; mais cela n'a lieu que sur certains points. La couche cornée pathologique formée dans ces conditions est moins sèche, moins friable, plus cohérente et c'est ce qui explique la production des squames. Au-dessous des squames non encore détachées peut se reformer un stratum granulosum, plus épais même qu'à l'état normal, ce qui est un indice du ralentissement de la kératinisation.

Ainsi à la base de la couche cornée on va trouver des couches épaisses de cellules ayant conservé leur noyau et contenant moins de graisse que normalement ; quelquefois c'est la couche cornée tout entière qui est ainsi modifiée, qui n'est plus réellement kératinisée et qui ressemble à la surface desséchée d'une muqueuse ; on peut dire qu'une squame provient de la couche épineuse presque par simple dessiccation.

2° L'œdème de l'épiderme conduit rapidement, d'autre part, à la prolifération des cellules épithéliales, c'est-à-dire à l'*acanthose* ; celle-ci se traduit par la saillie papuleuse. Les mitoses se voient en plus grand nombre ; il y en a, ce qui est anormal, dans les rangées cellulaires supérieures, et l'hypertrophie épithéliale retentit sur le corps papillaire en allongeant les bourgeons interpapillaires et par conséquent les papilles (Auspitz).

L'accroissement de volume des papilles est un phénomène secondaire et passif, car on ne trouve pas dans l'intérieur des papilles des éléments cellulaires plus nombreux qu'à l'état normal. Dans quelques formes d'eczéma, plus rares, les papilles sont au contraire raccourcies ou effacées. Le sens de cette déformation des papilles, en plus ou en moins, résulte de la résistance, différente selon les cas, qu'elles opposent à la prolifération de l'épithélium, résistance qui ne peut résider que dans l'anse vasculaire des papilles. Je ne suivrai pas Unna dans ses considérations théoriques sur les effets mécaniques que doivent produire les variétés de résistance du chorion d'une part, des papilles d'autre part et enfin de la couche cornée, n'étant pas persuadé que les altérations en question soient explicables par de pures conditions mécaniques.

Il faut seulement retenir ce fait que, là où l'allongement des bourgeons interpapillaires est considérable, l'épiderme supra-papillaire est d'ordinaire aminci ; c'est ce que l'on voit aussi et surtout dans le psoriasis, et ce qui explique la production du piqueté hémorrhagique après arrachement des squames.

3° La troisième lésion élémentaire c'est l'œdème interstitiel de l'épiderme, œdème qui est, fait caractéristique, d'autant plus marqué qu'on s'éloigne du derme. Les canaux intercellulaires dilatés de la couche épineuse forment un réseau, élargi par places en cavités plus grandes : c'est l'état *spongoïde*. L'exsudat est purement séreux au début, puis séro-fibri-

neux, mais renferme peu de leucocytes. La coagulation et la dessiccation consécutive de la fibrine transforment la couche spongoïde en une croûte qui peut, à la suite d'imbibitions et de dessèchements successifs, devenir assez épaisse et prendre l'aspect dit *mélécérique*.

C'est dans cette couche spongoïde, et par simple exagération de volume des cavités, que vont se former les *vésicules secondaires*, lesquelles résultent donc d'un écartement des éléments (*Verdrängungsbläschen*) et non d'un colliquation. Toutefois, dans des cas anciens, on peut voir survenir secondairement le processus de vésiculation par altération cavitaires de Leloir. Malgré l'existence de ces lésions, l'épiderme ainsi modifié se kératinise cependant sans intervention de kératohyaline; on peut donc constater ici avec certitude que cette substance n'est pas indispensable pour la production de cellules cornées capables de résister à la digestion par la pepsine.

La vésiculation secondaire de l'eczéma chronique n'est donc qu'une exagération de l'état spongoïde. On peut, il est vrai, observer aussi une seconde variété de vésicules, apparaissant brusquement, à contenu jaune formé en majeure partie de leucocytes; celles-ci sont dues vraisemblablement à une infection secondaire par des pyocoques, ce qui n'est toutefois pas prouvé, Unna n'ayant pu réussir jusqu'ici à y trouver des staphylocoques.

En tous cas, ces deux variétés de vésicules secondaires sont bien différentes de celles de l'eczéma aigu primitif. La seule preuve qu'on ait de la relation qui existe entre cet eczéma aigu et l'eczéma chronique, c'est la présence dans les deux formes d'un même micro-organisme, les morocoques, preuve qui est irréfutable; si ces morocoques manquent dans les vésicules secondaires, ils existent au moins toujours dans les croûtes superficielles.

4° Les lésions du derme, autres que la déformation des papilles dont il a été question, sont d'ordre banal; il y a toujours prolifération des cellules fixes, en particulier autour des vaisseaux du plexus sous-papillaire, production de cellules araignées restant petites, très peu ou pas de leucocytes et de plasmastzellen.

En résumé, de ces diverses lésions histologiques la plus importante est la parakératose, elle est même pathognomonique. Quand elle existe seule, on a l'aspect clinique dit *pityriasis alba*.

Si à la parakératose se joint de l'acanthose, l'éruption devient saillante, papuleuse ou en placards élevés; on ne peut plus espérer une guérison aussi rapide.

L'état spongoïde combiné à la parakératose donne lieu à la forme croûteuse avec ou sans vésiculation; si la vésiculation se produit par poussées successives, les croûtes seront stratifiées.

Il y a une corrélation remarquable, qui pour Unna prouve la *nature parasitaire de l'eczéma*, entre les phénomènes exsudatifs d'une part, la présence et l'abondance des microbes considérés comme pathogènes d'autre part. C'est dans les vésicules claires et dans les croûtes anciennes qu'on trouve le plus de morocoques. (Il n'est pas fait la moindre allusion aux autres conditions qui pourraient jouer un rôle dans l'étiologie de

l'eczéma, prédisposition diathésique, troubles nutritifs permanents ou accidentels, troubles nerveux, etc.).

L'auteur s'efforce ensuite de nous montrer comment la combinaison de ces lésions élémentaires, ou la prépondérance de l'un d'eux, réalisent quelques-unes des *formes cliniques de l'eczéma*, et particulièrement celles qu'à première vue on pourrait croire atypiques.

Dans l'*eczéma rubrum* l'état spongoïde s'installe à demeure, le suintement persiste et s'oppose à la kératinisation; si le suintement est purulent on invoquera une infection surajoutée par pyocoques. Une kératinisation hâtive peut masquer momentanément l'altération spongoïde, faire croire à une amélioration illusoire que démentira une rechute indépendante de toute nouvelle infection.

L'*eczéma corné et craquelé* (keratodes et rimosum) s'explique par l'exagération de la parakératose.

La forme qu'Unna appelle *eczema pruriginosum* (dont la description reproduit assez exactement le tableau des prurigos diathésiques de Besnier) aurait pour substratum une anémie de la peau avec tendance urticaire, un épaissement et aplatissement de l'épiderme, et l'atrophie du pannicule adipeux; la cause originelle de cet eczéma résiderait dans un tonus vasculaire exagéré existant chez certains malades. Ici nous voyons donc poindre l'idée d'une prédisposition.

Dans l'*eczéma psoriasiforme* — lequel se rapproche tant du psoriasis qu'Unna déclare que ni l'histologie, ni la clinique ne permettent de tracer une limite tranchée entre ces deux affections — le tonus vasculaire serait, au contraire, affaibli. La peau est bien irriguée, peu disposée au prurit, l'épiderme est altérable et la parakératose est très prononcée.

On ne nous dit pas, mais il est sous-entendu, que pour ces trois dernières formes la présence de morocoques justifie leur rattachement à l'eczéma considéré comme maladie parasitaire.

L'*eczéma herpétoïde* n'est autre qu'un eczéma vésiculo-croûteux avec œdème inflammatoire exagéré tel qu'on l'observe sur certains sujets.

Nous arrivons à l'*eczéma séborrhéique*; sur ce point les opinions d'Unna sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister. Ici un état pathologique des glandes vient s'ajouter au catarrhe de la peau.

La parakératose et surtout l'acanthose prédominent; des vésicules et des croûtes se forment pourtant sur les bords des placards et aux orifices folliculaires. La prolifération épithéliale s'étend aux glomérules où les mitoses sont bien plus abondantes que normalement. Dans quelques cas il y a de la graisse libre en gouttes et en flaqes dans les fentes lymphatiques du derme et du corps papillaire, autour des capillaires et entre les cellules épithéliales. Dans la fameuse préparation qui est figurée dans l'Atlas de Vidal et Leloir, qui a tant étonné les histologistes, la majeure partie des taches noires ne sont pourtant pas, de l'aveu même d'Unna, constituées par de la graisse, mais bien par de l'air emprisonné dans la préparation; il n'a pas réussi plus que d'autres à retrouver dans un second cas une image analogue.

La graisse ne vient pas des glandes sébacées, puisque celles-ci ne sont pas hypertrophiées et que la maladie atteint aussi la plante des pieds et la

paume des mains. Selon le père de l'eczéma séborrhéique, la graisse proviendrait des glomérules, quoiqu'on ne puisse prouver ce fait qu'indirectement. La cause qui provoque le flux graisseux est inconnue. Unna croit à l'existence d'une cause spécifique locale parce qu'il s'agit d'un phénomène lui-même localisé. Il ne peut dire si ce sont les morocoques ou d'autres organismes qu'il faut accuser. Mais en tous cas, il attribue l'afflux graisseux à la *sébotaxie*, c'est-à-dire à une action chimiotactique, ce qui, il faut en convenir, n'est guère compréhensible.

Il n'a pas été fait de coupes de *séborrhée simple*; les examens bactériologiques et les cultures de produits recueillis sur les surfaces atteintes y décèlent la présence de bacilles-bouteille et de morocoques.

Dans les différents types de l'eczéma séborrhéique *circumscis*, *pétaloïde*, *nummulaire* et *annulaire*, les lésions élémentaires que nous connaissons déjà, la parakératose et l'acanthose surtout, beaucoup plus que l'état spongioïde, se retrouvent à des degrés divers, souvent avec prédominance autour des follicules. Il est impossible de dire lesquels sont les coupables, parmi les micro-organismes qui foisonnent dans l'épiderme malade, des morocoques, des bacilles-bouteille ou d'un petit bacille spécial qui y existe aussi constamment.

Selon Unna, la *rosacée*, dans dix-neuf cas sur vingt, n'est pas une acné, mais doit être rattachée à la séborrhée, la présence des micro-organismes énumérés ci-dessus l'atteste; en outre, la peau ne contient presque pas de cellules plasmiques, de chorioplaxes et de cellules géantes comme c'est le cas dans l'acné; l'hypertrophie fibreuse et glandulaire dépend de l'hyperhémie. Il peut survenir accessoirement des infections secondaires à pyocokes, folliculites et furoncles, qu'il faut se garder de confondre avec des pustules d'acné véritable.

La *séborrhée du cuir chevelu* et l'alopécie consécutive ont été minutieusement étudiées. Unna en distingue trois degrés: 1° Le *pityriasis capitis* que provisoirement il attribue à la séborrhée, mais qui pourrait n'être qu'un catarrhe spécial prédisposant; les bacilles-bouteille (spores de Malassez) s'y trouvent presque en cultures pures; le bacille fin vient en seconde ligne; les morocoques sont rares. Par un processus assez complexe, une chute des cheveux avec remplacement insuffisant, cette affection conduit à l'alopécie *pytrodies*; 2° l'eczéma séborrhéique *croûteux* du cuir chevelu, en placards nummulaires, avec croûtes grasses et hypertrophie des glandes sébacées, lequel aboutit à l'alopécie séborrhéique; 3° l'eczéma séborrhéique *suintant*, caractérisé chez les nouveau-nés par une prolifération épithéliale abondante ainsi que par une exsudation séreuse et leucocytaire, qui font défaut chez l'adulte; chez ce dernier la parakératose l'emporte et les morocoques abondent. L'alopécie *eczémateuse* est moins fatale que les précédentes et souvent passagère.

Sous le nom de *pityriasis rubra seborrhoïca* se trouve décrite une forme exfoliative généralisée maligne, s'observant chez les gens âgés et conduisant à la mort par cachexie; cela ressemble à de la dermatite exfoliatrice secondaire, mais les lésions sont bien spéciales. La parakératose et la desquamation sont généralisées à tout le tégument; la moitié supérieure du chorion est remplie de cellules conjonctives, parcourue par des vais-

seaux dilatés et parsemée de pigment; les mastzellen abondent. Le collagène du corps papillaire est épaissi; les bourgeons interpapillaires sont effilés et se prolongent par des blocs formés de cellules épithéliales en *dégénérescence colloïde*. Le corps muqueux est aminci et semble parfois absent; la couche cornée est épaisse et renferme des morocoques et des bacilles-bouteille. Dans un second stade il y a atrophie plus marquée du derme.

IX. — Catarrhes secs de la peau.

(*Psoriasis, pityriasis, psorospermose, lichen, ichthose*.)

Passons actuellement au chapitre des *catarrhes secs*, lequel réserve au lecteur plus d'une surprise. Si l'on a suivi Unna jusqu'ici dans sa démonstration, qui procède, comme on le voit, par un exposé des faits et non par des raisonnements, si l'on souscrit à la pétition de principe qu'il vous impose pour ainsi dire sans l'énoncer explicitement, il faut convenir que tout dans cet assemblage est cohérent et logique. Mais les objections fondamentales se présentent avec plus de force à l'esprit, avec une sorte d'obsession même, à mesure qu'on se sent entraîné plus loin.

On se demande si le point de départ est bien juste, qui conduit à de telles déductions! Est-il bien vrai qu'une lésion locale et superficielle de la peau suppose nécessairement une cause locale elle aussi? N'y a-t-il vraiment en dehors des causes traumatiques et physico-chimiques que l'infection externe, le parasitisme de l'épiderme entraînant un mouvement chimiotactique, qui puisse expliquer une inflammation? Bien plus, la chimiotaxie est-elle capable de rendre compte des altérations morbides que nous allons voir décrites? Une hyperkératose est-elle une lésion chimiotactique toujours et par là même nécessairement inflammatoire? Quand il s'agit d'une dermatose généralisée, comme l'ichtyose, a-t-on le droit, de par l'analogie des lésions histologiques, de conclure à l'assimilation avec une dermatose en placards disséminés?

On voit que les points d'interrogation se dressent en foule. Il n'est pas actuellement en notre pouvoir de résoudre ces questions. Cependant j'avais le devoir de les signaler. Les interprétations prêtent à la discussion, étant sujettes à l'erreur; mais on aurait tort, je pense, de s'y arrêter par trop, car si les théories passent, les faits au contraire demeurent et ont une valeur bien supérieure; continuons donc à accorder aux faits que nous apporte l'auteur toute l'attention qu'ils méritent.

Le *psoriasis* se présente en tête des catarrhes secs. On sait quelle est l'opinion d'Unna à son sujet. Il est frappé de l'impossibilité où l'on se trouve de tracer une limite nette entre l'eczéma psoriasiforme et le psoriasis et révoque en doute, conséquemment, l'individualité de cette dernière maladie. Il laisse à l'avenir le soin de décider, si ce que nous appelons aujourd'hui psoriasis, même lorsqu'il s'agit de cas typiques, ne serait pas une forme extrêmement accentuée de catarrhe séborrhéique évoluant sur un terrain particulier, ou bien une combinaison de deux dermatoses ayant entre elles de grandes affinités.

Cependant il donne une description détaillée des lésions du psoriasis tel qu'on le rencontre sur les coudes et les genoux par exemple, du psoriasis en placards secs, abondamment squameux, bien limités, sur base fortement érythémateuse.

L'étude microscopique du psoriasis, contrairement à celle de l'eczéma, a été faite souvent par les histologistes. Il me suffira d'indiquer quelle est, sur les points litigieux, la manière de voir d'Unna et quels sont les détails qu'il met surtout en lumière.

Dans toute tache de psoriasis, dès le début, il y a de la parakératose et par conséquent de la desquamation, à laquelle s'ajoutent aussitôt de la prolifération épithéliale (papules pâles) et de la dilatation vasculaire (papules rouges). Qu'il s'agisse d'un processus inflammatoire, ce ne saurait être douteux pour quiconque considère que le fait seul d'une exsudation suffit à caractériser ce processus; or la parakératose implique toujours une exsudation parenchymateuse, ainsi qu'il a été expliqué ci-dessus. De la parakératose, lésion épithéliale, et de l'ectasie vasculaire, lésion dermique, on ne peut pas dire que l'une est primitive et l'autre secondaire, car elles sont les effets d'une même cause. Celle-ci ne peut être que parasitaire. Sans doute on ne trouve que difficilement des cocci dans les coupes, mais un ensemencement bien fait de squames donne dans la majorité des cas des morocoques en culture pure. Cette identité de microbes pathogènes est considérée comme un des arguments principaux plaidant pour le rattachement du psoriasis à l'eczéma. Aux parasites qui ont un intérêt historique, au *leptocolla repens*, à l'*épidermophyton*, on ne fait pas l'honneur d'une mention. L'auteur avoue qu'il faut néanmoins admettre une prédisposition de terrain chez les psoriasiques; elle résiderait dans la faiblesse du tonus vasculaire jointe à la solidité et à la résistance de l'épiderme.

L'éléidine en grains (kératohyaline), ou en plaques, a disparu au niveau de l'éruption, comme l'a démontré Suchard; si d'autres auteurs ont nié cette disparition (Vidal et Leloir), c'est qu'aux stades ultérieurs cette substance se reforme au-dessous des squames soulevées. La couche cornée contient des noyaux; on ne peut pas dire néanmoins que la kératinisation fasse défaut, elle est seulement anormale. Les papilles sont allongées passivement, par l'effet de la prolifération épithéliale interpapillaire (Auspitz), et en outre elles sont œdématisées. Les capillaires sont gorgés de sang, dilatés et allongés, et par conséquent tortueux. Unna insiste sur la dilatation des capillaires veineux qui commence brusquement; c'est sans doute que l'ampoule qui existe normalement à l'origine de tous les capillaires veineux (Ranvier) est mise en évidence par la congestion. Il n'y a pas de plasmastzellen et fort peu de leucocytes dans le derme, mais des cellules conjonctives augmentées en nombre et en volume autour des vaisseaux.

Nous abordons maintenant l'étude d'une série de « catarrhes secs » lesquels, comme tels, sont donc rangés dans les inflammations infectieuses superficielles de l'épiderme; il n'est pas inutile de le rappeler.

Passons encore pour le *pityriasis rosé de Gibert* , dans les efflorescences duquel on est toujours à nouveau tenté de chercher un parasite, recherche qui aboutit toujours au même insuccès. Unna note lui-même l'absence de

micro-organismes colorables dans les squames de cette affection et particulièrement celle des morocoques ; il fait ressortir en revanche l'analogie des lésions histologiques avec celles de l'eczéma séborrhéique en placards. Il ne tient pas compte du fait que le pityriasis rosé n'a aucune tendance à récidiver et semble même conférer l'immunité contre une nouvelle atteinte.

Pour le *pityriasis rubra de Hebra*, la *dermatite exfoliatrice de Wilson-Brocq*, la *dermatite scarlatiniforme récidivante*, l'auteur s'en rapporte aux descriptions histologiques données par d'autres, n'ayant pas observé lui-même ces maladies. L'hypothèse d'une infection externe lui semble évidemment la seule qui mérite d'être retenue, de par la nature et le siège des lésions, et cela malgré la vraisemblance clinique ; à aucun moment il n'est fait allusion au rôle étiologique possible soit d'une infection générale, soit d'une auto-intoxication.

La dermatose pour laquelle j'ai proposé le nom de *psorospemose folliculaire végétante* me semble avoir moins de raisons encore de se trouver rangée à cette place, puisque Unna, se rattachant en gros à l'opinion de Bœck, se refuse à voir dans les « corps ronds » des éléments parasitaires et les considère comme des cellules épithéliales en dégénérescence hyaline.

La *kératose pileaire*, lichen pilaris de Bazin, serait mieux dénommée *kératose supra-folliculaire*, car une couche cornée épaissie passe par-dessus les orifices folliculaires, amène la réfection du poil et indirectement l'hypertrophie du muscle érecteur. Il y a toujours en outre une néoformation périfolliculaire plus ou moins accentuée de cellules conjonctives accusant le caractère légèrement inflammatoire de cette affection.

Dans le *pityriasis rubra pilaris*, — qui est si peu un lichen qu'on peut opposer ses lésions à celles de cette dernière dermatose, — l'hyperkératose diffuse joue aussi le rôle prédominant. C'est l'hyperkératose qui s'étendant aux entonnoirs folliculaires produit les papules folliculaires, les amas à l'orifice des sudoripares, les plaques psoriasiformes et stalactiformes. En même temps qu'elle est épaissie, la couche cornée augmente d'étendue en surface, comme dans l'ichtyose, ce qui donne lieu à des plis, à des dépressions et à des perles cornées. La kératohyaline ne disparaît pas, ou seulement au sommet de quelques papilles, l'épiderme est cohérent et desquame peu ; les papilles restent coniques ; l'infiltration du derme est modérée, les vaisseaux sont dilatés, les glandes sébacées sont généralement atrophiées.

La description histologique du lichen est remarquablement précise et claire ; elle est en tous points conforme à ce qu'il m'a été donné d'observer personnellement. Il s'agit ici exclusivement du lichen de Wilson et de ses diverses variétés.

Les lésions portent toujours concurremment sur l'épiderme et sur le derme. Dans l'épiderme il y a d'abord hyperplasie du corps muqueux avec dilatation des espaces intercellulaires, puis bientôt une hyperkératose, la couche cornée envahissant, surtout au milieu de la papule, sur la couche épineuse avec interposition d'une couche granuleuse épaisse. Il se forme des globes cornés au niveau des pores sudoripares. Dans le derme,

on note une infiltration très dense de la région supérieure par de petites cellules, qui ne sont ni des leucocytes, ni des cellules plasmiques, mais de petites cellules conjonctives. Les papilles très renflées et œdémateuses semblent étouffer les bourgeons interpapillaires. La limite inférieure de l'infiltration cellulaire est toujours remarquablement nette; il y a cependant quelques manchons cellulaires autour des vaisseaux sous-jacents. Accessoirement se produit dans l'épiderme une dégénérescence colloïde de quelques cellules isolées ou groupées dans le corps muqueux, et une dégénérescence hyaline ou quelquefois une sclérose dans les parties supérieures du corps papillaire infiltré. Ces lésions expliquent bien les caractères cliniques; la teinte livide tient au grand nombre de cellules qui séparent les capillaires sanguins de l'œil de l'observateur; l'aspect brillant et la sécheresse viennent de la tension et de la densité de la couche cornée, l'éclat nacré est imputable à l'épaisseur de la couche granuleuse.

Telle est la structure fondamentale des papules de lichen; elle se retrouve avec des variations plus ou moins accentuées dans les diverses formes cliniques, dans les papules polygonales, obtuses, folliculaires, planes, cornées, atrophiques, annulaires ou dans les placards. A propos des papules folliculaires, il est expressément affirmé qu'on doit les distinguer de celles du pityriasis rubra pilaris, lequel avait à tort été confondu avec le lichen sous le nom de lichen ruber (Hebra) ou de lichen acuminatus (Kaposi). Dans les deux affections il y a hyperkératose suprafolliculaire et folliculaire, altération du poil, acanthose et tuméfaction des papilles; mais dans le lichen vrai à localisation folliculaire, il y a de l'œdème à la limite de l'épiderme, une dégénérescence colloïde des cellules épithéliales ainsi que de la sclérose sous-épidermique et périfolliculaire.

Dans tout ce chapitre on ne signale aucun parasite auquel on pourrait attribuer un rôle étiologique. Toute discussion sur la pathogénie de l'éruption, sur ses relations possibles soit avec une dyscrasie, soit avec un fonctionnement anormal du système nerveux, point sur lequel l'attention a été vivement attirée en France, est ici totalement omise. Unna dit seulement (p. 166) qu'il ne méconnaît aucunement que de toutes les dermatoses de ce groupe, le lichen plan est celle qui a le plus d'analogie avec certaines maladies infectieuses du derme.

L'auteur avait, au Congrès de Paris, dénommé *lichen neuroticus* la forme aiguë, dans laquelle une rougeur diffuse envahit presque tout le tégument entre les papules folliculaires, qui s'accompagne d'altérations viscérales et surtout nerveuses, et dont l'anatomie pathologique n'était pas connue. Il donne actuellement une description histologique, encore incomplète, il est vrai, de l'érythrodermie qui est un des gros symptômes de ce lichen.

L'ichtyose, qu'il faut bien distinguer des kératoses partielles secondaires, ou congénitales (naevi), est toujours symétrique et universelle et prédomine sur les faces d'extension. La couche cornée est épaissie et distendue en surface, mais desquame à peine. L'ichtyose ne débute que dans la deuxième année de la vie ou plus tard encore; elle dépend d'une prédisposition familiale, mais il n'est pas prouvé qu'elle soit héréditaire; elle s'atténue par les sudations, peut guérir à la suite d'exanthèmes

aigus ou d'un traitement convenable institué dès le début. Elle peut dégénérer en parakératose squameuse, prurigineuse et suintante. Dans certaines régions de l'Asie, elle est, paraît-il, endémique. Ces diverses circonstances concourent à faire considérer l'ichtyose, de même que le pityriasis rubra pilaire, comme une hyperkératose infectieuse tendant vers la parakératose, et obligent à la séparer nettement des malformations congénitales et des kératodermies neuropathiques.

La structure fine de cette dermatose présente quelques détails très intéressants. Aux trois formes ou degrés de l'ichtyose correspondent des lésions assez différentes. Dans l'*ichtyose nuda*, il y a un épaississement très marqué de la couche cornée aux dépens de la couche épineuse atrophie. Les papilles et les bourgeons interpapillaires sont aplatis et se terminent carrément. La couche granuleuse fait partout défaut et cependant les cellules cornées sont bien kératinisées et dépourvues de noyaux, ce qui prouve une fois de plus que la kératinisation peut avoir lieu sans kératohyaline; la couche cornée descend dans les entonnoirs folliculaires et peut les obturer, mais respecte d'ordinaire les pores sudoripares. Il y a des altérations caractéristiques des glomérules que l'auteur a décrites le premier; la lumière du tube sécréteur est dilatée, ses cellules ont une bordure claire vitreuse analogue à celle des canaux excréteurs, elles ne contiennent pas de granulations de graisse et fonctionnent évidemment moins activement; de là dépendrait l'anhidrose et l'astéatose remarquables dans cette affection. Dans le corps papillaire, il y a constamment des cellules en quantité anormale, indice de la nature inflammatoire de l'affection. Le tissu collagène est épaissi dans les cas anciens; les faisceaux musculaires sont hypertrophiés.

Dans l'*ichtyose serpentine*, le corps muqueux est moins atrophie et moins desséché, la limite de l'épiderme est onduleuse, il y a une couche granuleuse bien développée. Dans cette forme on observe parfois des poussées d'aspect eczémateux, dans lesquelles l'auteur se refuse à voir une complication par de l'eczéma surajouté. Ce serait une simple exagération de l'inflammation qui existe toujours à l'état plus ou moins latent dans l'ichtyose; les croûtes sont plus sèches que celles de l'eczéma, moins infiltrées de fibrine et de leucocytes, et ne contiennent pas de morocoques. C'est un catarrhe ichtyotique, ce n'est pas un eczéma.

L'*ichtyose hystrix* est extrêmement rare; presque tous les cas qui ont été décrits comme tels étaient des nævi linéaires, des kératomes plus ou moins étendus. Il y a des caractères différentiels suffisants pour faire éviter l'erreur.

Unna mentionne, sans la goûter beaucoup, l'opinion selon laquelle l'ichtyose serait une affection trophique. Il reproche aux lésions nerveuses décrites par Leloir, de n'avoir pas été retrouvées par d'autres, et d'être de nature bien banale. Il est indéniable que des lésions nerveuses peuvent, entre autres affections cutanées, produire des hyperkératoses localisées; encore en pareil cas peut-on discuter que l'action nerveuse s'exerce sur la peau directement. Mais pour l'ichtyose cette pathogénie lui semble extrêmement peu probable.

Je passe sur l'*acrokératose* (kératome plantaire et palmaire héréditaire)

que l'auteur considère comme une affection très voisine de l'ichtyose; sur la *parakératose variegata* qui est très rare; sur l'*hyperkératose sous-unguéale* qui est attribuée aux cocci que l'on trouve dans l'épiderme sous-unguéal, et sur les *onychoses parasitaires* dans lesquelles sont rangées, à côté de la trichophytie et du favus des ongles, les lésions unguéales de l'eczéma, du psoriasis, du pityriasis pilaire et de la psorospermosse folliculaire!

X. — Inflammations des annexes de l'épiderme.

(Folliculites, acné, trichophyties, favus, spiradénites.)

Nous arrivons AUX INFLAMMATIONS PROFONDES DE L'ÉPIDERME, ou, plus explicitement, aux inflammations d'origine infectieuse des annexes de l'épiderme, follicules et glandes sudoripares.

Les inflammations des follicules (folliculites) sont fréquentes, car ceux-ci sont disposés de façon à offrir un accès facile aux infections d'origine externe; les inflammations des glandes sébacées (stéatadénites) ne peuvent exister isolément; les glandes sudoripares, qui ont un long canal parcouru par une sécrétion abondante et de réaction acide, se défendent bien contre l'invasion microbienne; aussi on ne connaît que peu d'hydradénites (spiradénites); il n'est pas prouvé que les glomérules puissent être enflammés par des micro-organismes venant du sang, auxquels ils serviraient de voie d'élimination.

Comme type de folliculite, arrêtons-nous un instant sur l'*acné*. Unna demande que le terme d'acné ne soit pas appliqué banalement, comme il est d'usage à Vienne et encore plus en France, à toute espèce de folliculites primitives et secondaires. Mieux vaut lui conserver un sens restreint en l'appliquant à une maladie parfaitement délimitée.

L'acné est caractérisée par une hyperkératose diffuse, pénétrant dans les follicules où elle produit les comédons (*acne punctata*); à un degré supérieur l'inflammation devient proliférative (*acne indurata*) ou suppurative (*acne pustulosa*).

L'hyperkératose marque le premier stade et le plus essentiel de l'affection; la couche cornée passe par-dessus l'entonnoir folliculaire; mais les parois de celui-ci sécrètent un kyste en forme de baril, uniloculaire ou multiloculaire, rempli de sébum, entièrement fermé si la sécrétion sébacée est arrêtée, ouvert par en bas le plus souvent. Une étude approfondie des comédons montre que la coloration noire de leur tête n'est pas due aux poussières atmosphériques, comme on le croit encore communément, mais à un dérivé coloré de la kératine soluble dans les acides forts. Les comédons renferment d'innombrables microbes, surtout des bacilles-bouteille, des diplocoques de l'eczéma séborrhéique, et d'une façon constante un bacille spécial qui est le véritable agent pathogène de l'acné. Autour du follicule atteint les capillaires se dilatent et l'on trouve une accumulation de cellules très variées qui sont des cellules conjonctives hypertrophiées, des plasmastzellen, des mastzellen et des cellules géantes, multinucléées, à protoplasma non dégénéré, qu'Unna appelle *chorioplaxes*.

La suppuration de l'acné n'est très certainement pas due à la pénétration des pyocoques ordinaires; ceux-ci ont fait défaut dans toutes les pustules examinées, au nombre de 20. D'ailleurs la clinique pouvait le faire prévoir en raison de l'évolution si différente de la pustule de l'acné et de celle du furoncle; d'ailleurs l'acné suppurée n'a aucune tendance à dégénérer en furonculose. La suppuration est principalement endo-folliculaire et péri-comédonale; secondairement il peut se produire de la péri-folliculite. La guérison a lieu après destruction du follicule ou plus souvent par *restitutio ad integrum* après élimination du comédon; si plusieurs follicules se sont ouverts dans un abcès commun, ils peuvent continuer à communiquer après la cicatrisation et sécréter de nouveaux comédons; ainsi s'expliquent les doubles et triples comédons.

La *folliculite varioliforme* (acné varioliforme de Hebra), dont l'auteur distingue comme forme spéciale la *folliculite nécrotique* de Bœck, serait due à une infection mixte ou plutôt successive.

Le *sycosis*, c'est l'infection staphylogène des gros poils tels que ceux de la barbe; il est causé par le staphylocoque, comme l'impétigo de Bockhart dont il n'est qu'un cas particulier; à côté du sycosis il faut réserver le nom de *folliculite staphylogène* à l'infection folliculaire des poils follets par le même microbe. Unna fait remarquer que le sycosis est très souvent secondaire à un catarrhe nasal chronique, à un eczéma séborrhéique de la face, etc. Il en distingue quatre degrés suivant la profondeur et l'étendue de la zone d'envahissement des parasites, lesquels exercent une action d'appel énergétique sur les leucocytes, propriété dont découle tout le processus morbide.

La *trichophytie* est étudiée en bloc avec les folliculites; l'auteur qui au moment de la rédaction de son livre ne paraît pas avoir eu connaissance des travaux de Sabouraud, reconnaît que le nom de trichophytie englobe les maladies de l'épiderme et des poils produites par toute une série de parasites à mycélium. La différenciation de ces multiples espèces n'est évidemment pas même ébauchée dans ce chapitre, rédigé à un tout autre point de vue; à la lecture de certains passages on comprend cependant que l'auteur a eu surtout sous les yeux des trichophyton ectothrix. Je trouve à relever ce fait que dans les élevures noueuses de la barbe consécutives à l'infection trichophytique, il se produit un *plasmome*, c'est-à-dire une accumulation de plasmastzellen, remarquable par sa pureté et la régularité de la distribution des éléments. Dans une vésicule de trichophytie cutanée se trouvaient des leucocytes et des mastzellen. La même espèce trichophytique, qui dans un cas ne produisait que de l'hyperhémie et des squames, inoculée sur un autre sujet (le Dr Neebe) a fourni des vésicules avec tendance à la suppuration. Unna soutient que c'est le mycélium mort ou mourant qui attire les leucocytes et a des propriétés pyogènes.

Le *favus* lui aussi est causé par des parasites de diverses espèces — on n'en connaîtrait pas moins de neuf — qui toutes sont capables de former des godets, ce qui les distingue des trichophytions. Sous les godets il y a également un plasmome, mais limité à la région sous-papillaire. Lorsqu'il se résorbe il n'est pas remplacé par du tissu collagène, d'où atrophie de la peau, et inclinaison des follicules pileux. L'atrophie est infiniment plus

marquée au cuir chevelu que partout ailleurs, ce qui est attribué à la contre-pression que le développement des godets trouve dans la résistance du crâne ! Cette extraordinaire explication mécanique de l'atrophie post-favique ne satisfera personne.

La *folliculite scrofulosorum* (lichen scrofulosorum) présente histologiquement une analogie extrême avec un processus tuberculeux. Mais la distribution géographique limitée de cette affection, des raisons cliniques telles que sa non transformation en lupus, plaident contre cette assimilation. La *folliculite exulcérente* de Lukasiewicz se rapproche du même groupe, mais est encore mal connue.

L'histopathologie ne contient la description que d'une seule espèce d'inflammation des glandes glomérulaires : la *spiradénite disséminée suppurative* (acnitis de Barthélemy). Sur une pièce fournie par Dubreuilh, l'auteur a pu confirmer les faits précédemment établis, par moi-même et d'autres, tels que le siège périglomérulaire de l'inflammation et la présence des cellules géantes. Pour lui, il y a primitivement un gonflement inflammatoire de l'épithélium glomérulaire qui se nécrose ultérieurement, le foyer étant entouré d'une infiltration plasmatique contenant des cellules géantes ; les follicules pileux sont eux-mêmes très altérés. Pas plus que ses prédécesseurs, il n'a pu constater de micro-organismes dans les lésions, mais l'affection lui semble très évidemment due à une infection qui se ferait par la voie folliculaire et de là gagnerait le glomérule ; la suppuration a lieu sans l'intervention des pyocoques ordinaires.

XI. — Dermites infectieuses à tendance suppurative ou nécrotique.

(*Érysipèle, furoncle, anthrax, chancre mou, vaccine, charbon, morve, actinomycose, bouton d'Orient.*)

L'épiderme et le derme offrent aux micro-organismes des conditions biologiques assez différentes, pour que la plupart d'entre eux montrent une prédilection marquée pour l'un de ces territoires à l'exclusion plus ou moins complète de l'autre. On est donc fondé à séparer les inflammations infectieuses épidermiques et les dermites infectieuses.

Cependant les pyocoques, *staphylococcus aureus* et streptocoque de l'érysipèle, font exception en raison de leur propriété d'adaptation facile aux divers milieux. Le premier de ces microbes produit indifféremment l'impétigo de Bockhart, le sycosis, le furoncle, des abcès, des panaris et phlegmons. Le streptocoque a déjà une préférence plus particulière pour le derme ; sa présence y provoque une inflammation non pas purulente, mais essentiellement séro-fibrineuse qui est l'érysipèle.

Dans le chapitre assez long que Unna consacre à l'*Érysipèle*, il se montre surtout préoccupé de vérifier la théorie chimiotactique qui lui sert de fil conducteur, ou plutôt, cette théorie étant admise une fois pour toutes, d'éliminer par elle le processus morbide. Deux points ont particulièrement fixé son attention : les altérations dégénératives très variées du tissu collagène, et la distribution relative des micro-organismes et des cellules dans la peau érysipélateuse. Il n'est pas inutile de rappeler qu'il a surtout examiné

des pièces provenant de nouveau-nés. Le derme et l'hypoderme ont été trouvés tous deux envahis et dans ces deux régions la réaction a paru différente. L'inflammation est séro-fibrineuse dans le derme, avec des thromboses pouvant conduire à la nécrose ; elle est, au contraire, plutôt purulente dans l'hypoderme ; c'est là un fait assez gênant pour la chimiotaxie, car le même micro-organisme ne doit pas avoir des propriétés différentes suivant son siège. Cependant cette objection apparente est expliquée par des conditions topographiques et circulatoires et, en résumé, Unna maintient que le streptocoque attire relativement peu les leucocytes, qu'il n'y a pas dans l'érysipèle de lutte phagocytaire réelle au sens de Metschnikoff, et que la guérison se fait par la mort des parasites qui ont empoisonné le terrain autour d'eux.

Le *pseudo-érysipèle* (phlegmon progressif de Dupuytren) est considéré comme un érysipèle migrateur d'une intensité particulière, peut-être à cause d'une infection surajoutée.

Les érysipèles sont des inflammations séro-fibrineuses du derme ; le paragraphe qui est consacré aux *dermites purulentes* réunit la description de toutes les lésions produites par les staphylocoques pyogènes, aureus et albus, de ce que l'on a appelé la *staphylococcie de la peau*. Selon le siège et la profondeur du point primitivement envahi, se développe de l'impétigo, de la folliculite, un furoncle, un abcès, un panari, ou un phlegmon circonscrit. Le nom de *furoncle* est appliqué par l'auteur à tous les abcès profonds et circonscrits du derme d'origine staphylococcienne ; il n'y a aucun avantage à restreindre cette appellation aux périfolliculites à début profond. Les abcès multiples des nouveau-nés, qui siègent dans l'hypoderme, sont expressément enrégimentés parmi les furoncles.

En revanche, l'*anthrax* (Karbunkel), loin d'être considéré comme un agrégat de furoncles, est séparé de la staphylococcie et décrit à côté de la pustule maligne au nombre des *inflammations à tendance nécrotique*. Les motifs de cette séparation sont, d'une part, d'ordre clinique : la rareté relative de l'anthrax comparé au furoncle, sa prédilection pour les sujets d'âge avancé, son aversion pour les mains et les avant-bras que le furoncle affectionne au contraire, l'intensité des phénomènes généraux ; d'autre part, histologiquement, la nécrose précède ici la suppuration et a une tendance envahissante, la coagulation fibrineuse est beaucoup plus étendue. Il doit donc y avoir dans l'anthrax un parasite spécial qui est du reste encore absolument inconnu ; si l'on trouve des staphylocoques dans l'anthrax, leur présence résulterait d'une infection secondaire, mais pourrait expliquer comment un anthrax donne quelquefois lieu par contagion à des furoncles.

Le *chancre mou* est le type des inflammations nécrotiques. On connaît les beaux travaux d'Unna confirmant la découverte faite par Ducrey et mettant en valeur cette découverte ; il montre maintenant quels sont exactement les lésions produites par le bacille spécifique.

Avant de les résumer, je crois devoir protester contre l'affirmation que je trouve en tête de ce paragraphe et selon laquelle la suppuration et l'ouverture du bubon chancreux seraient imputables à une infection surajoutée par pyocoques ; cela est contraire aux observations très multipliées

d'un grand nombre d'expérimentateurs qui ont trouvé dans la règle le pus du bubon stérile à l'ouverture, c'est-à-dire dépourvu de micro-organismes cultivables.

Le chancre mou naissant est constitué par une traînée de globules de pus qui traverse verticalement le derme et aboutit sous l'épiderme, qu'elle soulève dans son entier sans l'altérer essentiellement; dans l'impétigo il y a au contraire un abcès intra-épidermique ne soulevant que la couche cornée. Le canal purulent est rempli de streptobacilles spécifiques, lesquels attirent donc les leucocytes autour d'eux. A distance l'épiderme infiltré de cellules migratrices prolifère, les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés, et il se forme un nodule composé de cellules plasmatiques, un plasmome, qui descend jusqu'à l'hypoderme et accompagne les vaisseaux. Les différences de ce nodule avec celui du chancre induré, consistent, abstraction faite des bacilles, dans l'absence de collagène dense et épaissi, dans la dilatation énorme des vaisseaux sanguins et des voies lymphatiques, et dans l'existence de l'abcès sous-épidermique.

Ultérieurement l'épiderme se détache et il en résulte une ulcération à bords taillés à pic; au fond de celle-ci, on trouve sur les coupes colorées un détritit granuleux très pauvre en bacilles, puis une couche claire où ils sont au contraire nombreux et très apparents, quelquefois une couche foncée riche en noyaux, et enfin le plasmome. Sur la surface libre de l'ulcération, on rencontre toujours à la période d'état une couche de leucocytes, appelés par les bacilles et s'opposant probablement à leur envahissement, mais sans les englober dans leur protoplasma; le fond est profondément raviné par des crevasses, à direction radiaire, remplies de détritits et longées par des chaînettes de bacilles, lesquels provoquent la nécrose, et, surtout quand ils sont morts, un appel de leucocytes. Ce travail de nécrose et de suppuration tend à détruire le plasmome primitif. Les éleveures qui séparent les crevasses ont presque la structure de bourgeons charnus et, lorsque la virulence des parasites est éteinte, ils amènent une réparation et une cicatrisation rapide. Quelquefois ce processus étant prolongé mais affaibli, l'épidermisation venant à manquer, le fond s'élève (*ulcus elevatum*) et l'on trouve longtemps à la surface quelques amas de bacilles.

Un chapitre spécial traite du *chancre serpigneux* ou *ulcère phagédénique*. Celui-ci diffère complètement du chancre simple par sa marche incessamment progressive, par sa cicatrisation centrifuge et non centripète prouvant que son microbe pathogène, loin de perdre sa virulence partout à la fois, la conserve au contact de la peau encore saine.

Sans entrer dans le détail, fort long et compliqué, de la structure de cet ulcère, je dirai que sa zone d'envahissement présente un bord toujours décollé et une rainure dont l'aspect rappelle absolument le fond d'un chancre simple; la zone de cicatrisation offre un plasmome très développé, une néoformation fibreuse abondante et un bourgeonnement épithélial en réseaux, rappelant ce qui se passe dans un épithéliome; mais en même temps on y observe de l'œdème et quelquefois des hémorrhagies, de la suppuration, et une tendance à la nécrose partielle. Dans cet ulcère Unna trouve un bacille en chaînettes, morphologiquement très analogue à celui

du chancre mou, peut-être identique, et qui, pas plus que ce dernier, ne peut être cultivé sur milieux artificiels. On ne sait pas pourquoi il conserve sa virulence dans cette forme; peut-être est-il spécifiquement différent, ou bien il faut invoquer l'action de sa symbiose avec un diplococcus, assez polymorphe, quelquefois en chaînettes, qu'Unna a obtenu dans deux de ses cas en cultures pures, coccus qui liquéfie la gélatine, mais dont l'action, pathogène ou non, n'est pas indiquée. En somme, la question de la nature de l'ulcère phagédénique et de ses relations avec le chancre mou, reste ouverte.

Du chancre mou et de l'ulcère phagédénique nous passons à l'étude de la vaccine! J'éprouve quelque embarras, m'adressant à des lecteurs français, à présenter la description de cette affection à la place que lui assigne l'auteur, d'autant plus qu'immédiatement à la suite je trouve rangés l'anthrax, le charbon, la morve, etc. La vaccine est séparée de la variole et de la varicelle, sans doute parce qu'elle est une infection locale du derme et non un exanthème par infection générale; mais alors il faudrait attribuer une place parmi ces derniers à la vaccine généralisée? Cela prouve combien il est difficile de réaliser une classification dermatologique satisfaisante à tous les points de vue.

L'histologie de la vésicule vaccinale est très voisine de celle de la varicelle et de la variole, mais certaines nuances permettent de la distinguer. C'est le processus de la « ballonnisation » qui l'emporte dans sa genèse sur celui de l'altération cavitaire, lequel n'est que secondaire, mais vient se mélanger avec lui. La vésicule, développée au milieu de la couche épineuse, est plus profonde que celle de la varicelle, moins distendue et recouverte par une membrane moins sèche que celle de la variole. L'existence de la piqûre d'inoculation la distingue encore mieux; son examen montre que le virus produit tout d'abord, conformément aux idées de Weigert, une nécrose de coagulation et la formation de blocs fibrineux dépourvus de noyaux. Le cloisonnement de la vésicule est dû, chez le nouveau-né, non à des travées de cellules dégénérées, étirées et comprimées, mais à des restes de pores sudoripares. L'ombilication résulte du développement de l'altération réticulaire moins prononcée au centre qu'à la périphérie. La suppuration est moindre que dans la variole et plus tardive, comme dans la varicelle; elle est attribuable au virus vaccinal lui-même et non à des pyocoques surajoutés.

La manière dont l'auteur explique la production de la cicatrice profonde et caractéristique qui succède à la vaccine, est assez originale et mérite d'être rapportée: La croûte de la vaccine est plus épaisse que celle de la variole et englobe une plus grande épaisseur des couches épithéliales parce que la suppuration est moindre; cette croûte épaisse, enchâssée dans l'épiderme, presse fortement sur le corps papillaire qui se laisse aplatir et déprimer, ainsi que sur les vaisseaux qu'il contient. C'est à cette pression forte et prolongée, plutôt qu'à l'intensité de l'inflammation, qu'il attribue la cicatrice, la rattachant ainsi à des conditions presque exclusivement mécaniques.

Le charbon, inoculé à la peau, donne lieu tout d'abord à une affection locale qui est ou la pustule maligne ou l'œdème charbonneux.

La *pustule maligne* est une inflammation séro-fibrineuse aboutissant à la nécrose avec une extraordinaire rapidité et s'accompagnant d'une lésion spécifique et caractéristique de l'épiderme. Sur les coupes d'une pustule maligne récente on trouve les bacilles accumulés en masses compactes dans un foyer qui siège au niveau du réseau sous-papillaire. Autour les vaisseaux sont dilatés; il y a un œdème considérable de toute la peau et de l'hypoderme, remarquable par l'extrême richesse en fibrine que présente l'exsudat; le tissu collagène est dissocié et dégénère. Des leucocytes, bien plus nombreux que dans l'érysipèle, émigrent et se disséminent autour du foyer; mais ils ne s'accumulent pas de façon à former une barrière autour de lui; les leucocytes n'englobent point de bacilles, en sorte qu'il n'y a pas d'indice d'une phagocytose telle que l'entend Metschnikoff. Les bacilles peuvent pénétrer dans les voies circulatoires et il en résultera une infection générale; ou bien ils périssent et sont éliminés avec l'eschare.

Les lésions histologiques les plus caractéristiques de la pustule maligne sont l'œdème très prononcé du corps papillaire, et la vésiculation par colligation dans la couche épineuse de l'épiderme; suivant les points, c'est l'un ou l'autre qui domine. Ce sont là des effets à distance provoqués par les bacilles; ceux-ci n'envahissent que secondairement le terrain ainsi préparé. Il se peut donc fort bien qu'on échoue dans la recherche de bacilles au sein du liquide des vésicules, tandis qu'on réussira en piquant dans la plaque œdémateuse centrale.

Ces données expliquent parfaitement les apparences cliniques et la bénignité relative de la pustule maligne par rapport à l'œdème charbonneux par exemple; cette bénignité résulte de la rapidité avec laquelle survient la nécrose suivie d'élimination de l'eschare. La nécrose elle-même est probablement imputable à la thrombose des artères cutanées qui se produirait dès le second jour après l'inoculation.

On n'avait pas, je crois, de description très précise des lésions cutanées de la morve chez l'homme. L'anatomie pathologique des nodules, pustules, et ulcères morveux, telle qu'elle ressort de l'analyse qu'Unna a faite d'une série d'éléments, éclaire l'aspect et l'évolution clinique de ces lésions.

Le point de départ d'un nodule morveux est une embolie de bacilles spécifiques dans un vaisseau superficiel de la peau; ce vaisseau s'élargit et dégénère d'une façon particulière. L'endothélium énormément gonflé, dont les cellules mal limitées se transforment en une masse nécrotique finement fibrillaire, remplit la lumière; mais les noyaux ne disparaissent pas; ils se fragmentent en grosses gouttelettes et filaments de chromatine qui restent colorables. L'élastine et le tissu conjonctif voisin sont encore normaux au début.

Mais, les bacilles sortant des vaisseaux et se multipliant activement, la malléine agissant aussi à distance, le collagène ne tarde pas, dans une étendue de plus en plus grande autour des vaisseaux, à se transformer en magma assez homogène quoique finement réticulé et mal colorable. Il est très frappant de voir que ce nodule nécrotique ne s'entoure pas d'une zone réactionnelle d'hypertrophie des cellules conjonctives, de plasmazellen (comme dans les nodules lupiques ou syphilitiques) ou de leucocytes

exsudés. Les bacilles de la morve sont donc chimiotactiquement indifférents pour les cellules migratrices. Les vaisseaux compris dans le foyer morbide sont entourés de larges lacunes lymphatiques et très apparents à cause de la conservation relative de leur endothélium. Partout on remarque la fragmentation si particulière des noyaux, qui n'est pas absolument spéciale à la morve, mais qui avait frappé tous les observateurs et que j'avais vue moi-même dans les lésions de la morve expérimentale ; Unna propose le nom de « chromatotexis » pour cette altération qu'il fait figurer sur sa planche.

Les bacilles spécifiques, difficiles à mettre en évidence, sont longs, minces, très abondants et accumulés sans ordre dans le nodule ; quelquefois ils sont en chaînettes courtes ou même en chaînes longues à plusieurs rangées dans les faisceaux conjonctifs qui aboutissent au nodule.

Les papilles sont effacées par la distension du corps papillaire ; l'épiderme, qui offre cependant au poison malléique une résistance notable, devient enfin le siège de vésicules, par confluence de petits foyers de dégénérescence réticulaire, ou de bulles résultant d'un soulèvement total de l'épiderme. Les unes et les autres contiennent du sérum avec très peu de fibrine et presque pas de leucocytes.

La congestion vasculaire autour des foyers emboliques explique la roséole morveuse ; les éléments se développent ensuite en nodules jaunâtres, solides mais mous, simulant des pustules et pouvant se recouvrir de vésicules varioliformes ; on vient de voir la constitution anatomique de ces lésions. Ultérieurement l'élimination du foyer, souvent incomplète, se fait au dehors sans suppuration ; les bords, qui ont résisté, surplombent l'ulcère à fond bourbillonneux d'où s'écoule une lymphe gommeuse : tout cela à moins que la mort par infection générale ne soit survenue auparavant.

Les lésions du *farcin chronique* sont vraisemblablement très analogues, avec la différence que les bacilles prolifèrent et progressent dans les voies lymphatiques. Mais l'auteur ne peut en parler que par analogie : il y a là une lacune à combler.

Dans l'analyse qu'Unna a faite de l'*actinomycose*, il envisage exclusivement le processus histologique, mentionnant le parasite mais sans le décrire ; il est vrai que celui-ci est aujourd'hui bien connu. Les rosettes de l'actinomycose n'occupent que le centre ramolli des foyers ; les lésions des tissus du voisinage résultent d'une action à distance de ce parasite. La lésion fondamentale est la production d'un amas de plasmastzellen, lesquelles ne tardent pas à dégénérer ; elles se gonflent, deviennent acidophiles, puis, tantôt se ramollissent, s'infiltrent de vacuoles et se dissolvent avec mise en liberté de leur noyau, tantôt se transforment en boules hyalines tout à fait semblables à celles du rhinosclérome. Le collagène se liquéfie en même temps, l'élastine disparaît, en sorte qu'au centre du foyer il n'y a plus qu'une masse demi-liquide parcourue par des vaisseaux très dilatés et exposés à la rupture. Il n'y a de suppuration véritable qu'au pourtour immédiat des rosettes d'actinomyces, et elle paraît avoir pour but l'élimination du parasite qui est doué de la propriété leucotactique.

L'auteur ne paraît pas avoir observé de véritables formations néoplasiques. Il nie absolument qu'une infection secondaire intervienne pour pro-

voquer la suppuration, comme le soutient Baumgarten. La différence du processus actinomycosique avec le processus tuberculeux, réside dans le ramollissement précoce des cellules et du tissu intercellulaire avec absence de caséification et d'oblitération vasculaire.

Le *mycetoma*, ou *pied de Madura*, est une affection causée par un champignon très voisin de l'actinomycose, comme Kanthack l'a prouvé, mais non identique avec lui. La forme des grains parasites et leur coloration sont différents. Il n'est pas fait allusion aux dissemblances qu'accuse la méthode des cultures et que Gémy et Vincent ont mises en relief.

L'affection dite *bouton d'Orient* (bouton de Biskra, du Nil, etc.) est constituée par des foyers d'inflammation séro-fibrineuse du derme dans son entier, avec nécrose et ramollissement des parties centrales, ce qui conduit à la production d'ulcérations recouvertes de croûtes. Le processus est donc analogue à celui de certaines syphilides tertiaires ou des tubercules lupiques. Unna n'a eu qu'une pièce à sa disposition et ne semble pas avoir observé personnellement de malades.

Dans la description clinique du bouton à la période d'ulcération, il omet de parler du fond granuleux, bourgeonnant et même papillomateux, que l'on considère avec raison comme si caractéristique. Unna, comme ses prédécesseurs Riehl et Leloir, a trouvé sur les coupes de nombreux amas périvasculaires de petites cellules, qui ne sont ni des leucocytes ni des plasmastzellen; il note de l'œdème fibrineux assez intense, un peu d'endartérite comme Leloir; de même que ce dernier, il n'a pas vu les boules hyalines signalées par Riehl et ne parle pas de cellules géantes. L'épiderme est œdématié et infiltré de nids purulents. Quant à des bactéries, aux cocci décrits par Duclaux et Heydenreich, étudiés par Chantemesse et Leloir, il n'a pu en constater sur ses coupes. En somme, l'anatomie pathologique et l'étiologie du bouton d'Orient me semblent réclamer de nouvelles recherches.

XII. — Dermites infectieuses à tendance néoplasique.

(*Pemphigus végétant*, *rhinosclérome*, *kéloïde de la nuque*, *éléphantiasis*.)

A côté des affections dermiques qui provoquent une inflammation séro-fibrineuse, suppurative, ou nécrotique, se placent celles qui donnent lieu à un véritable néoplasme inflammatoire; parmi ces dernières les unes restent franchement localisées, ce sont celles que nous allons passer en revue dans ce paragraphe; les autres sont des infections susceptibles de généralisation et nous occuperont après.

L'*érythème bulleux végétant* de Unna, décrit par Neumann le premier sous le nom de *pemphigus végétant*, est une dermite infectieuse locale, auto-inoculable, atteignant aussi les muqueuses, et qui sous plus d'un rapport offre un très grand intérêt. Le premier stade de l'affection, celui des efflorescences érythémato-bulleuses, n'a jamais été étudié histologiquement: on sait seulement que la croûte qui succède aux bulles, se compose de toute l'épaisseur de l'épiderme nécrosé, presque sans mélange de leucocytes. L'épiderme se reforme ensuite de la périphérie vers le centre, recouvre

l'érosion et prolifère au point de former des végétations saillantes et des bourgeons qui pénètrent profondément entre les papilles. A cette hypertrophie, si irrégulière que l'auteur la qualifie de « grotesque », vient s'ajouter une immigration de leucocytes qui s'accumulent en certains points en écartant les cellules épithéliales. Ces amas intra-épithéliaux de leucocytes, sans œdème intercellulaire, sont de véritables petits « abcès secs » et témoignent d'une résistance singulière de l'épiderme à se laisser pénétrer par la sérosité, qui, en revanche, baigne abondamment et dissocie le derme. Le corps papillaire surtout et le pourtour des glomérules montrent une énorme dilatation des vaisseaux sanguins et des lymphatiques. Dans l'hypoderme on note d'importantes lésions vasculaires d'inflammation et de sténose, pouvant jouer un rôle pour expliquer la stase et l'œdème lymphatique notés plus haut, ainsi que le caractère rebelle de la maladie.

J'ajouterai que cet érythème bulleux végétant me paraît correspondre à la *dermatite pustuleuse chronique à développement excentrique* de M. Hallopeau : dans les cas de ce dernier auteur j'ai constaté des lésions très analogues, sinon identiques, à celles qui viennent d'être indiquées.

Le *rhinosclérome*, cette curieuse tumeur que l'on sait aujourd'hui être causée par le bacille encapsulé de von Frisch, a une structure assez complexe. Selon Unna, il s'agit d'un plasmome typique associé à une hypertrophie du tissu fibreux, sous forme de larges travées ou de réseau, ce qui explique la dureté du néoplasme. Sa caractéristique principale réside dans les altérations que subissent les cellules plasmatiques et qui sont de deux ordres : une dégénérescence hydropique et une dégénérescence hyaline. Mibelli, qui les a étudiées, a émis l'opinion que la substance demi-liquide et la substance hyaline qui infiltrent ces cellules, proviennent d'une sécrétion ou même d'une métamorphose des bacilles eux-mêmes qui ont envahi le protoplasma cellulaire. Unna admet cette explication pour l'altération hydropique ; il ne la considère pas comme démontrée pour l'altération hyaline, laquelle se rencontre d'ailleurs dans un grand nombre d'autres processus infectieux.

La *kéloïde de la nuque, acné kéloldienne* de Bazin (bien distincte de l'acné véritable secondairement kéloldienne), est une affection à part qui ne renferme ni les staphylocoques du sycosis, ni les bacilles de l'acné ; elle est très probablement due à un parasite spécial, d'ailleurs encore inconnu. Elle débute par une folliculite, caractérisée par l'infiltration leucocytaire de la racine du poil et de sa glande sébacée, avec accumulation tout autour de lymphocytes selon Mibelli, de cellules conjonctives selon Unna. Bientôt le pourtour des follicules atteints devient le siège d'une néoformation de tissu fibreux feutré, qui s'étend et se condense toujours plus, prenant ainsi nettement le type kéloldien. Ce tissu fibreux, entièrement dépourvu de fibres élastiques, occupe la partie moyenne du derme, épargnant le corps papillaire et l'hypoderme. Les follicules pileux les moins profonds, étouffés par la néoplasie, s'atrophient et disparaissent ; les cheveux les plus profondément implantés au contraire, lesquels occupent le centre des territoires arrondis dont se compose le cuir chevelu, persistent, sont réunis en faisceaux par la pression latérale et on les voit sortir, comme les poils d'une brosse, de dépressions profondes qui existent sur le fibrome.

Faute de mieux, on est obligé de définir l'*éléphantiasis* : une fibromatose acquise, inflammatoire de certaines parties du corps et surtout des jambes et des organes génitaux. Il en existe une forme commune qui se rencontre sporadiquement dans tous les climats et qui est d'origine streptogène, c'est l'*éléphantiasis nostras*, et une forme particulière aux pays tropicaux, d'origine filarienne, l'*éléphantiasis des Arabes*.

Il ne faut, selon Unna, confondre et réunir avec l'*éléphantiasis nostras* ni l'*éléphantiasis congénital*, ni ce qu'il appelle les « fibromatoses par stase » (*Stauungs-fibromatose*), ou pachydermies, qu'il range au nombre des néoplasies bénignes, tout en avouant qu'il n'est pas sûr que ces hypertrophies des jambes variqueuses, généralement liées à un eczéma variqueux ou à un ulcère, ne soient pas causées aussi par une pénétration de streptocoques. Quant aux *éléphantiasis trophonévrotiques*, ou supposés tels, il les passe sous silence.

On est à peu près d'accord pour rattacher l'*éléphantiasis nostras* à une lésion initiale qui serait l'obstruction des voies lymphatiques, et admettre que l'hypertrophie fibreuse est déterminée par la stase lymphatique résultant de cette obstruction. Ici comme pour l'œdème, et pour les mêmes raisons théoriques, Unna tient à déposséder le système lymphatique du rôle qu'on lui attribue et cela au profit du système veineux. Selon lui, ces deux interprétations sont illusoire. Or il faut bien reconnaître que la réalité de cette obstruction lymphatique n'a guère été démontrée et, d'autre part, qu'on n'explique pas comment un œdème chronique peut donner lieu à une hypertrophie conjonctive, maintenant qu'on s'est affranchi de la théorie du blastème formateur et de celle de l'édification du tissu fibreux par les leucocytes.

De nombreux pathologistes ont admis et démontré l'existence de lésions vasculaires et en particulier de lésions veineuses dans l'*éléphantiasis*; Winiwarter en a rapporté un exemple probant. L'auteur, analysant les altérations de la peau dans cette affection, constate dès le premier stade une hyperplasie de tous les éléments, à l'exception du tissu élastique qui est presque complètement atrophié; les cellules fixes se transforment en cellules plasmatiques, en cellules araignées très volumineuses, par places en chorioplaxes et cellules géantes; le tissu collagène hypertrophié forme de gros faisceaux parallèles à la surface; les vaisseaux sanguins, extrêmement épaissis et dilatés en certains points, sont ailleurs oblitérés, ce qui est surtout le cas pour un certain nombre de grosses veines sous-cutanées; les vaisseaux lymphatiques de l'hypoderme sont dilatés avec des parois épaissies; ceux du derme, en état d'ectasie passive, ont un calibre parfois supérieur à celui des veines.

Toutes ces altérations sont rapportées à l'action répétée des streptocoques de l'érysipèle, qui persistent peut-être anormalement dans les tissus même pendant l'intervalle des poussées. A cette théorie, très satisfaisante en ce qui concerne l'interprétation de l'hyperplasie interstitielle et de la dilatation des capillaires, j'objecterai, comme je l'ai fait à propos de l'œdème, qu'elle n'explique pas pourquoi les vaisseaux lymphatiques n'entraînent pas au fur et à mesure la sérosité œdémateuse exsudée, tandis qu'au contraire ils se dilatent parfois à l'extrême, au point de former de véritables

varices lymphatiques. Il me paraît bien probable que dans l'éléphantiasis, les deux systèmes, lymphatique et sanguin, sont tous deux entravés dans leur fonctionnement.

A propos de l'*éléphantiasis filarien* et du *lympho-scrotum*, l'auteur se borne à une discussion de pathogénie. Il repousse naturellement la théorie de Manson en ce qui concerne l'obstruction d'un vaisseau lymphatique de calibre par une filaire adulte; il ne croit pas que les embryons circulant la nuit dans le sang soient détruits et éliminés le matin. Il pense que de nombreuses filaires adultes doivent séjourner dans les voies lymphatiques et notamment dans les régions lymphangiectasiques; que leurs embryons sont retenus de jour dans les capillaires de la peau, mais sont mis en liberté et circulent avec le sang le soir, alors que le tonus vasculaire est amoindri. Selon lui, ces parasites ne produisent de lésion locale, d'hypertrophie éléphantiasique, que dans les régions où ils sont sortis des capillaires et ont pénétré dans les tissus, au sein desquels il vont provoquer une inflammation analogue à l'érysipèle.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1894-1895.

G. LEBLANC. — Contribution à l'étude bactériologique et anatomo-pathologique de la bartholinite (11 juillet 1895).

La bartholinite (abcès canaliculaire ou parenchymateux de la glande vulvo-vaginale) est le plus souvent d'origine blennorrhagique et, de fait, dans les cas observés par l'auteur où il y avait en même temps un écoulement urétral, le gonocoque était facilement retrouvé dans cet écoulement. Mais dans le pus même de la bartholinite, la recherche du gonocoque est très souvent, le plus souvent même, négative; quand on l'y rencontre d'ailleurs, c'est associé à d'autres microbes, aux microbes de la suppuration. Le plus habituellement, il s'agit donc d'injections mixtes. La bartholinite peut aussi se montrer en dehors de la blennorrhagie; la grossesse et les époques menstruelles amènent souvent ce genre d'inflammation. La récidive est fréquente; fréquente aussi l'alternance d'un côté à l'autre de la vulve. L'incision suffit à guérir une bartholinite aiguë, l'extirpation de la glande permet seule de venir à bout des bartholinites chroniques récidivantes.

GABRIEL RAYNAUD. — Contribution à l'étude des lésions périarticulaires d'origine blennorrhagique (15 mai 1895).

Travail n'apportant aucune donnée nouvelle sur l'histoire bien connue des périarthrites et des synovites blennorrhagiques.

HENRI VANUXEM. — Étude sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant (10 juillet 1895).

Le point de départ de cette étude est une observation personnelle à l'auteur et relative à un petit garçon de 4 ans et demi, atteint de blennorrhagie urétrale, dont l'étiologie d'ailleurs est restée inconnue, qui fut pris d'arthrite aiguë du genou droit. L'auteur a pu réunir 28 observations d'arthropathie blennorrhagique dans le jeune âge. La vulvo-vaginite et la conjonctivite en sont le plus habituellement la cause. Les formes et la marche de ces arthropathies sont celles que l'on observe dans les arthrites blennorrhagiques de l'adulte.

A. DETCHART. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique et en particulier par les injections et frictions mercurielles (18 juillet 1895).

L'emploi du mercure dans le traitement de la blennorrhagie n'est pas chose nouvelle; c'est une méthode qui a été remise en honneur récemment. Traiter les arthrites par des injections intra-articulaires de sublimé ne peut être considéré comme une des formes de la méthode même, car

l'injection peut réussir comme antiseptique par son action locale. Il n'en est plus ainsi quand l'injection mercurielle est faite à distance dans le tissu sous-cutané ou même dans la fesse : M. Jullien a obtenu de cette façon un succès remarquable. Le mercure à l'intérieur, en pilules, a été aussi essayé ; mais c'est sous forme d'onctions de pommade mercurielle ou d'application d'emplâtres mercuriels que le traitement a donné les meilleurs résultats. L'action du médicament paraît s'exercer localement en faisant une véritable révulsion au niveau de l'articulation malade, et aussi, d'une façon générale, par une action du mercure sur l'économie entière.

BOUCHER D'ARGIS DE GUILLERVILLE. — De la péricardite blennorrhagique (22 juillet 1895).

Complication relativement rare de la blennorrhagie, la péricardite blennorrhagique n'a pas de signes propres ; ses symptômes sont ceux de la péricardite ordinaire ; elle se manifeste environ cinq à six semaines après le début de la blennorrhagie ; elle est généralement courte et, s'il n'y a pas concomitance d'endocardite, se termine heureusement. Elle peut exister en dehors de tout rhumatisme ; ce n'est donc pas une complication à proprement parler du rhumatisme, mais une manifestation directe de la blennorrhagie. Il n'est pas possible d'affirmer la nature gonococcienne de la péricardite comme on l'a fait pour l'endocardite, les examens jusqu'alors étant peu concluants. Mais il n'y a pas de raisons non plus d'invoquer comme cause une infection secondaire ; et les données actuelles sur la blennorrhagie permettent d'accepter l'idée d'une relation étroite entre le gonocoque et la péricardite.

TIXERON (LOUIS). — Traitement des infections blennorrhagiques chez la femme par le permanganate de potasse (27 décembre 1894).

Travail fait à la clinique de l'hôpital Necker sur les indications de M. Janet, dont nos lecteurs connaissent les travaux sur ce point.

L'examen microbiologique et la recherche du gonocoque sont indispensables ; pendant la phase à gonocoques le permanganate est le médicament de choix, on l'emploie en solution à 1/2000 ou à 1/1000, injection toutes les vingt-quatre heures en moyenne ; contre les écoulements dus à des microbes divers en dehors du gonocoque, les injections de sublimé à 1/10000 ; enfin contre certains écoulements muqueux qui persistent après le traitement, l'ichtyol en solution à 1/100 pour l'urèthre et à 1/10 pour le vagin donne de bons résultats. Dans les bartholinites, les infections gonococciques des glandes et follicules périuréthraux, le permanganate doit être introduit dans la glande à l'aide de petites seringues ; dans quelques cas la destruction de la glande par la cautérisation ignée est nécessaire.

TAVITIAN. — Étude sur le gaiacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorrhagique (5 décembre 1895).

Ce travail, fait à l'hôpital du Midi sous l'inspiration de M. Balier, contient une bonne étude chimique et physiologique sur le gaiacol. Le gaiacol

n'est pas une substance toxique ; on peut faire tolérer à l'organisme des doses relativement élevées en procédant progressivement ; toutefois, les limites de cette tolérance ne sont pas définitivement établies. Les vapeurs du gaiacol sont absorbées par la surface cutanée, par les follicules pileux et sébacés et par la peau elle-même, surtout s'il y a une désagrégation légère de la couche cornée. Cette absorption amène un certain degré d'analgésie due à l'action locale du gaiacol sur les terminaisons nerveuses périphériques.

Cette propriété a été employée pour le traitement de certaines affections douloureuses et notamment pour l'orchite blennorrhagique par M. Balzer.

D'après l'auteur, ce traitement donne d'excellents résultats. On emploie du gaiacol pur, 2 ou 3 gr. par badigeonnage, de gaiacol en cristaux qu'on promène sur l'aîne, au niveau du cordon et de l'hypogastre et le long de la cuisse et que la chaleur propre de la peau suffit à faire fondre. Pour les bourses dont la peau est fine et desquame facilement, on emploie une pommade (vaseline, 30 gr. ; gaiacol, 5 gr.) ; l'application même répétée de cette pommade n'irrite pas la peau.

Le nombre des badigeonnages dépend de l'intensité de la maladie. Dans les cas ordinaires, 3, 4 badigeonnages faits un le matin, un le soir, ont suffi pour faire disparaître la douleur et hâter sensiblement la résolution ; dans les cas graves, il est nécessaire de répéter plus souvent les badigeonnages.

L'intervalle entre chaque badigeonnage doit être de cinq à six heures en général, mais peut être réduit dans les cas douloureux à 3 ou 4 heures. L'élimination du gaiacol se fait principalement par les reins, à l'état de gaiacol sulfate de potassium. Cette élimination commence au bout de quinze minutes, atteint son maximum au bout de cinq heures et va ensuite en décroissant.

Après vingt-quatre heures et même en moins de temps, il est difficile de déceler les traces de gaiacol dans l'urine.

L. CANOVA. — Recherches sur l'ichtyol dans le traitement de la blennorrhagie (27 mars 1895).

L'auteur a essayé, dans le service de M. Balzer à l'hôpital du Midi, les lavages à l'ichtyol en solution à 1 ou 2 p. 100 pour le traitement des écoulements blennorrhagiques. Ces solutions étaient généralement bien supportées et n'occasionnaient qu'une légère sensation de cuisson vite disparue.

Les phénomènes inflammatoires n'étaient pas accrus même momentanément par l'ichtyol et disparaissaient, en général, après deux ou trois lavages.

L'action heureuse de ces lavages était surtout manifeste à la période de l'écoulement. Le gonocoque disparaissait rapidement pour ne plus revenir si les lavages étaient continués assez longtemps et cessés progressivement.

La pratique de ces lavages est la même que celle bien connue des lavages au permanganate.

Ces lavages seraient à peu près indolores et par conséquent supérieurs en cela aux lavages de permanganate. Ils peuvent être employés dès le

début et ont dans quelques cas amené rapidement la disparition de l'écoulement; ils serviraient en tout cas, à cette période, à atténuer les symptômes inflammatoires et empêcher l'extension du mal à l'urèthre postérieur; ils triomphent surtout quand ils sont employés à la période de déclin.

A. LACHOWSKI. — Résultats immédiats et éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum (23 janvier 1895).

Travail fait dans le service de M. le professeur Terrier, sous l'inspiration de M. Hartmann et entièrement chirurgical. On sait d'ailleurs que la nature vraie de ces rétrécissements est fort discutée, et que, quelle qu'elle soit, le traitement médical n'a sur eux aucune action réelle.

Une opération seule peut donner aux malades une chance d'amélioration de leur triste situation.

Le traitement de choix est l'extirpation; pour les rétrécissements anorectaux, l'ablation directe avec conservation du sphincter; pour les rétrécissements du rectum, l'ablation par les voies naturelles après dilatation de l'anus.

Lorsque l'extirpation est impossible, il faut avoir recours à la rectotomie postérieure; enfin, si celle-ci est à son tour impraticable, à la colotomie iliaque qui permet des survies de longue durée.

JACQUINET. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques (6 mars 1895).

Cette thèse, très intéressante, met en valeur quelques-unes des idées de M. Landouzy sur les associations pathologiques que l'on rencontre souvent chez les tuberculeux. Parmi celles-ci, il ne paraît pas qu'il puisse y en avoir de pires que la syphilis. Toutefois, les conditions varient suivant les circonstances dans lesquelles a lieu cette association.

La syphilis survient chez un malade déjà tuberculeux; généralement elle donne un coup de fouet à la tuberculose, trouvant le sujet sans résistance et ajoutant son pouvoir débilitant.

Le cas est le même naturellement si la tuberculose se déclare chez un syphilitique en état récent de syphilis.

Si la tuberculose envahit, au contraire, des syphilitiques déjà anciens, les conséquences sont toutes différentes. Dans ces cas, en effet, M. Landouzy croit que les malades font une tuberculose toute particulière, plutôt fibreuse au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue de l'évolution lente, torpide, non diffusante.

M. Jacquinet étudie ensuite les rapports qui existent entre la syphilis et la tuberculose, la syphilis pouvant exercer une action pathogénique; les enfants nés de parents syphilitiques, quoique ne présentant pas eux-mêmes d'accidents syphilitiques, sont fréquemment atteints de tuberculose; les lésions syphilitiques du larynx et de la bouche peuvent être des portes d'entrée de la tuberculose; il en est de même pour les bronchites syphilitiques. Enfin, l'association de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire se rencontre assez fréquemment.

Les foyers qui résultent du ramollissement des gommages pulmonaires peuvent être facilement envahis par les bacilles.

Plus intéressantes encore à étudier sont les pleurésies survenant chez les syphilitiques dans leurs rapports avec la tuberculose. Ces pleurésies syphilitiques secondaires, de notion assez récente, ne sont pas considérées par tous les auteurs comme étant notablement des accidents spécifiques. M. Landouzy suspecte fort les syphilitisés atteints de pleurésie au cours de leurs accidents secondaires d'être, comme tant de pleurétiques, dits *a frigore*, en puissance de tuberculose localisée dans la plèvre.

Dans un dernier chapitre, l'auteur étudie le diagnostic entre la syphilis pulmonaire et la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

Le critérium clinique de la syphilis pulmonaire peut se résumer ainsi : Syphilis antérieure, tableau morbide de la consommation pulmonaire, absence de bacilles de la tuberculose dans les crachats, constatation de lésions scléro-gommeuses dans d'autres parties de l'organisme, effets favorables du traitement antisiphilitique.

Enfin, quelle est l'influence de la thérapeutique sur l'évolution simultanée des deux diathèses. « Le plus souvent, le traitement antisiphilitique a une influence déplorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, si bien que, perdant comme tuberculeux le droit au traitement syphilitique, le malade qui mène de front les deux infections, est dans la pire situation, menacé, s'il veut conjurer sa syphilis, d'aggraver sa tuberculose. » Aussi, spécialement, tout syphilitique ayant eu des localisations bucco-pharyngo-laryngées, devra-t-il s'efforcer par une hygiène appropriée d'éviter une complication sur laquelle la thérapeutique a pour lui si peu de ressources.

M^{lle} ELENEFF. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires de la syphilis de l'encéphale (18 juillet 1895).

L'auteur a en vue les troubles oculaires dépendant de la syphilis du cerveau, en laissant de côté ceux qui se rencontrent dans le tabes.

Les lésions syphilitiques du cerveau, quelle que soit leur nature, tumeurs circonscrites, lésions artérielles, lésions des méninges, donnent très fréquemment lieu à divers troubles du côté de l'organe de la vision.

Suivant que telle ou telle paire nerveuse est atteinte par la lésion cérébrale on observera, soit des paralysies oculo-motrices, soit des troubles de la fonction visuelle elle-même, soit enfin des troubles de la sensibilité générale et de la nutrition du globe.

La prédilection de la syphilis à la base du crâne rend parfaitement compte de la fréquence des différents troubles visuels. Les lésions corticales pures, celles du centre ovale et des noyaux gris centraux ne sont que rarement les causes des paralysies oculo-motrices. Le nerf optique ayant son centre dans l'écorce des lobes occipitaux et parcourant les différentes parties de la substance cérébrale, avant d'apparaître à la base, est plus souvent atteint par ces lésions corticales proprement dites.

La méningite scléro-gommeuse de la base est la cause la plus fréquente des troubles de l'organe de la vision.

Du côté du *nerf optique*, on peut observer une forme de papillite, stase papillaire, de la névrite optique, de l'atrophie du nerf optique, de l'amblyopie et de l'amaurose, de l'hémianopsie. Mais les lésions les plus fréquentes sont certainement les paralysies musculaires, avec toutes leurs variétés et les ophtalmoplégies. On trouvera sur ce sujet très ardu une bonne description dans la thèse de M^{lle} Eleneff.

CARRA. — Étude sur la paralysie syphilitique du stade roséolique
(21 novembre 1894).

La production de pleurésies au cours de la période secondaire de la syphilis est un fait maintenant bien connu; l'intérêt de la question réside surtout, comme on l'a vu, dans le travail que nous avons cité plus haut de M. Jacquinot, dans l'interprétation pathologique donnée à ces faits.

L'auteur, adoptant pleinement les idées de M. Chantemesse, n'hésite pas à rapporter franchement ces pleurésies à la syphilis; il en fait de véritables accidents syphilitiques, dus sans doute à une sorte de poussée éruptive du côté de la plèvre, comme il s'en fait à cette période du côté de la peau. Le traitement spécifique a d'ailleurs une action rapidement efficace et ces pleurésies disparaissent très facilement sous l'influence du mercure.

MERLIER. — Étude clinique sur la neurasthénie d'origine syphilitique
(6 mars 1895).

C'est à M. le professeur Fournier qu'on est redevable d'avoir montré les relations évidentes qui existent dans nombre de cas entre la neurasthénie et la syphilis, la neurasthénie pouvant se montrer non pas seulement comme élément d'un cortège de manifestations spécifiques, mais eu tant que manifestation spécifique, isolée, exclusive; et ce sont ses idées que M. Merlier a exposées dans sa thèse.

Les symptômes de cette neurasthénie syphilitique ne diffèrent guère d'ailleurs de ceux de la neurasthénie commune. Au premier rang figure la céphalée, souvent seul symptôme et qu'il importe de distinguer de la véritable céphalée syphilitique; elle est le plus habituellement diurne, tandis que l'autre est nocturne et se montre rebelle, s'exagère même parfois, sous l'action du traitement antisiphilitique. On peut observer aussi le cortège habituel de la neurasthénie avec le phénomène d'asthénie musculaire et d'apathie intellectuelle, et certaines phobies, exagérées surtout par la crainte qu'ont souvent les malades de l'évolution fâcheuse de leur syphilis.

La neurasthénie peut se montrer à la période secondaire; dans ce cas, elle est ordinairement bénigne; celle qui se montre plus tard est d'un pronostic plus sérieux, non qu'elle menace l'existence, mais parce qu'elle peut durer de longues années, empoisonnant véritablement la vie des malades. Cette neurasthénie n'est pas justiciable du traitement antisiphilitique; elle participe en cela des autres affections parasyphilitiques. Le traitement est celui de la neurasthénie commune.

LEVET. — Essai clinique sur la claudication intermittente consécutive à l'artérite syphilitique des membres inférieurs (26 décembre 1894).

La syphilis étant souvent cause d'artérite, celle-ci peut atteindre, quoique le fait soit assez rare, les vaisseaux des membres inférieurs. Les désordres provoqués peuvent être l'anévrysme ou la gangrène, la dilatation ou l'occlusion du calibre du vaisseau.

La gangrène présente une variété clinique où la claudication intermittente se montre comme signe avant-coureur et à plus ou moins longue échéance d'une gangrène momifiante.

On sait ce qui est le syndrome de la claudication intermittente des membres inférieurs dont l'histoire a été faite surtout par Charcot, et les relations qu'il présente avec l'athérome. Ceux qu'il a avec la syphilis sont maintenant bien établis ; l'auteur cite quatre observations dont deux ont été recueillies à la Salpêtrière. Les symptômes sont ceux qui sont habituels à cette curieuse affection ; peut-être peut-on noter dans cette forme un début très douloureux, continué à la période d'état par des douleurs spontanées très vives à exacerbations nocturnes. Quant aux circonstances étiologiques, le petit nombre de cas connus les rend encore incertaines ; cependant, comme cela s'observe déjà dans la syphilis cérébrale très souvent due elle aussi à de l'artérite, on aurait observé la bénignité apparente initiale de la syphilis et l'absence de traitement spécifique à l'origine : l'époque d'apparition serait, elle aussi, celle des encéphalopathies spécifiques.

Le traitement spécifique n'a chance d'agir avec succès que si le diagnostic a été fait de bonne heure et si la médication a été instituée de suite : il n'agit plus, on le conçoit, sur les lésions consécutives, lésions anales. C'est encore ce qui se passe dans les artères cérébrales.

P. JONNART. — De l'épididymite syphilitique tertiaire (25 mai 1865).

À côté de l'épididymite syphilitique qui survient à la période secondaire et dont la description est classique depuis le travail de Dron en 1863, il faut admettre l'existence d'une variété d'épididymite survenant à la période tertiaire : cette forme, dont la réalité a été longtemps discutée, paraît cependant, quoique rare, indéniable maintenant et l'auteur a pu rassembler de divers côtés jusque 37 observations. Le plus souvent, il s'agit d'une épididymite évoluant sans réaction, à froid, chronique ; dans quelques cas toutefois on a noté de la douleur et un certain degré de réaction inflammatoire. L'épididymite est presque toujours dans ces cas *unilatérale*, le volume est celui d'une noisette environ, la tumeur siège le plus souvent à la tête. Le testicule est resté normal ; car il s'agit de cas bien indépendants du sarcocèle. Les fonctions génitales sont conservées.

C'est une affection tout à fait rare ; peut-être des blennorrhagies antérieures, surtout quand elles ont été compliquées d'épididymite, créent-elles une prédisposition favorable ; les traumatismes paraissent aussi agir dans ce sens. Le traitement fait disparaître rapidement ces tumeurs ; mais

elles peuvent rester indéfiniment et devenir tout à fait scléreuses ; la forme gommeuse est exceptionnelle.

Le diagnostic se pose surtout avec l'épididymite blennorrhagique et l'épididymite tuberculeuse ; chaque fois qu'il y aura doute sur la nature d'une affection épididymaire, il sera bon d'instituer le traitement spécifique.

H. POUZOL. — De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédosyphilis (7 novembre 1895).

On sait quelle terrible influence possède la syphilis sur la mortalité des nouveau-nés. A côté des cas où la vérole héréditaire se manifeste franchement, il en est d'autres où il semble qu'elle se traduise seulement par l'inaptitude à la vie ; l'enfant venu au monde avec les apparences de la santé, dépérit rapidement et meurt. M. Pouzol estime que dans des cas de ce genre l'examen de la courbe alimentaire, laquelle présente certaines particularités doit amener à penser à la syphilis et permettre de faire un traitement qui, s'il est institué à temps, peut sauver l'enfant. Cette courbe présente un tracé descendant régulier presque vertical ; ces enfants, quoique nourris convenablement et ne présentant aucun trouble digestif, perdent une centaine de grammes chaque jour. Ce qui est caractéristique est cette courbe descendante que rien d'apparent ne peut expliquer : si dans ces cas, après recherches chez la mère des antécédents spécifiques et même quand ceux-ci ne sont pas trouvés, on donne le traitement spécifique, on voit la courbe remonter et l'enfant renaître. Et l'auteur donne à l'appui de cette manière de voir quelques tracés en effet caractéristiques. Mais le traitement mercuriel doit être donné le plus tôt possible. L'auteur l'a vu administrer dans le service de M. Budin par M. Boissard, sous forme de 60 à 80 gouttes de liqueur de Van Swieten et une friction mercurielle de un à deux grammes ; ces doses très élevées sont bien supportées par les enfants ; elles devront naturellement être diminuées quand l'enfant reprendra ses forces et son poids.

J. GOUZ. — Contribution à l'étude de la maladie de Parrot (pseudo-paralysie syphilitique), 22 juillet 1895.

A propos de deux cas observés par lui dans le service de M. le Dr Moizard, l'auteur refait l'histoire bien connue et classique de cette curieuse maladie. Dans les deux cas rapportés il s'agit d'un petit garçon de 3 mois, atteint du côté droit, et d'un autre petit garçon, âgé de quarante jours, paralysé des deux bras. Dans deux autres observations inédites, communiquées par M. Moizard, il s'agit aussi d'enfants âgés de deux mois. C'est l'âge ordinaire (dans les trois premiers mois) auquel apparaît la maladie de Parrot ; elle peut constituer l'unique symptôme de syphilis présenté par l'enfant. Si le diagnostic est fait de bonne heure et le traitement bien institué avec une bonne hygiène alimentaire, la guérison, malgré ce que l'on a cru pendant longtemps, est habituelle.

PAUL GUIBÉ. — Étude sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis (24 juillet 1895).

Bonne monographie consacrée à l'iodure de potassium : l'histoire, les modes d'administration, les indications et les accidents de l'iodure sont choses bien connues. Le principal intérêt d'une étude sur l'iodure est la discussion de son action dans le traitement de la syphilis et de ce mode d'action.

L'iodure ne saurait être employé seul au début de la syphilis : car il agit lentement, est peu actif sur les accidents secondaires et ne paraît pas comme le mercure éteindre la maladie ; il ne paraît pas avoir alors d'action préventive. Son action à la période tertiaire est bien connue, mais quand on l'administre avec ou après le mercure, agit-on de façon rationnelle ? Les uns ont prétendu que l'iodure remet en liberté et en circulation les quantités de mercure restées dans l'organisme, qu'il aide à l'élimination du mercure et redonne à celui-ci une nouvelle force. Le fait est contesté ; il semble d'ailleurs que procéder ainsi serait hâter l'élimination d'un médicament qu'on a au contraire intérêt à retenir dans l'économie puisqu'il agit préventivement.

Il est probable que l'habitude qu'ont beaucoup de médecins de donner l'iodure après le mercure est justifiée seulement par ce que l'on sait des bons résultats en certains cas du traitement mixte. Pour Finger, le mercure et l'iodure sont antagonistes en un certain sens. L'usage prolongé de l'iode diminue la sensibilité pour l'iode, mais augmente la sensibilité pour le mercure, et inversement. Un remède fraye ainsi la voie à l'autre.

En résumé, nous ne connaissons pas exactement comment agit l'iodure de potassium dans la syphilis, et son emploi est à peu près encore réglé par des règles empiriques ; s'entend son emploi comme mode de traitement général, car on sait au contraire fort bien à quelles espèces d'accidents il s'adresse particulièrement.

HENRI FEULARD.

NOUVELLES

Nomination

M. le docteur TÖRÖK a été nommé privatdocent de dermatologie à l'Université de Budapest. Nous adressons à notre collaborateur et ami nos bien vives félicitations.

Congrès international de médecine de Moscou.

L'ouverture du futur Congrès International qui aura lieu à Moscou, vient d'être ratifiée officiellement.

1) Le XII^e Congrès International aura lieu à Moscou en 1897 dans la première quinzaine du mois d'août.

2) Le Congrès durera 7 jours.

3) Une section spéciale de *maladies cutanées et vénériennes* sera consacrée à la discussion des rapports et communications sur la dermatologie et syphiligraphique.

4) La Faculté de Médecine de Moscou a chargé M. le Professeur A. POSPELOFF (de Moscou) de diriger les travaux de cette section. Les personnes qui désirent avoir des renseignements quelconques sur cette section, sont priées de s'adresser à M. Pospeloff.

5) La langue française est choisie comme langue officielle du Congrès, mais les rapports et les débats pourront avoir lieu en Russe, en Français et en Allemand.

Fête jubilaire en l'honneur du Dr Lewin.

La Société berlinoise de dermatologie a célébré le 50^e anniversaire de doctorat de son premier président, le Dr G. LEWIN, dans une réunion solennelle, à laquelle ont pris part environ 180 personnes. M. Lassar a ouvert la séance; l'éminent professeur, M. R. Virchow, a présenté de nombreuses préparations d'os et, à cette occasion, a fait une communication sur l'histoire de la syphilis; M. E. Leyden a parlé sur les métastases de la blennorrhagie, notamment dans le système nerveux et dans le cœur. Le soir il y a eu un banquet, ensuite la démonstration, semblable à une exposition collective, de nombreux instruments et préparations par plusieurs membres de la Société de dermatologie. C'est une très heureuse organisation à laquelle prirent part en première ligne la clinique de Lassar (Dr Meissner), puis principalement avec des préparations microscopiques instructives, MM. Benda, Blaschko, Gumpertz, Heller, Joseph, Ledermann, Müller, Saalfeld.

Les stéréo-photogrammes de O. Rosenthal furent très appréciés en raison de la reproduction frappante de la nature. MM. E. Frank, Franke,

Friedländer, Isaac avaient présenté des instruments; Gauer de très belles cultures pures de gonocoques.

En commençant la séance on avait offert à G. Lewin un magnifique volume (*Festschrift*), avec neuf planches en couleur, rédigé par O. Rosenthal et J. Heller. Vingt et un amis, élèves et confrères, parmi lesquels on peut citer J. Neumann (Vienne), Unna (Hamburg), Jullien (Paris), Mendel et Hirschberg (Berlin), avaient envoyé des travaux. Ce livre restera comme un souvenir précieux et durable de cette fête. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 1019.)

A. D.

Le Gérant: G. Masson.

